DAVID E. ZIMERMAN

FUNDAMENTOS BÁSICOS DAS GRUPOTERAPIAS

271f Zimerman, David Epelbaum
Fundamentos Básicos das Grupoterapias / David Epelbaum Zimerman. Porto Alegre — Artes Médicas Sul. 1993

1.Terapia de Grupo I.Título

CDU 364.044.2

Bibliotecária responsável: Mônica Ballejo Canto — CRB provisório 10/91

David Epelbaum Zimerman
Psicanalista

FUNDAMENTOS BÁSICOS DAS GRUPOTERAPIAS

PORTO ALEGRE / 1993

© de EDITORA ARTES MÉDICAS SUL LTDA.

Capa:
Mário Röhnelt

Supervisão editorial:
Delmar Paulsen

Editoração:
GRAFLINE — Assessoria Gráfica e Editorial Ltda.
Fone: (051) 341-1100

Reservados todos os direitos de publicação em língua portuguesa à
EDITORA ARTES MÉDICAS SUL LTDA.
Av Jerônimo de Ornelas, 670 — Fones (051) 330-3444 e 331-8244
FAX (051) 330-2378 — 90040-340 Porto Alegre, RS, Brasil

LOJA-CENTRO
Rua General Vitorino, 277 — Fone (051) 225-8143
90020-171 Porto Alegre, RS, Brasil

IMPRESSO NO BRASIL
PRINTED IN BRAZIL

PREFÁCIO

O que se espera de um prefaciador é que elogie o autor, exalte as qualidades de sua obra e minimize seus defeitos. Há de pensar-se que nada é mais fácil do que fazer isto quando o autor não é apenas o colega que se destaca por seus méritos profissionais, mas sobretudo o amigo e companheiro de tantas jornadas pela vida afora. E, no entanto, quão difícil se torna a tarefa pela necessidade de conter sentimentos e ser o mais isento e imparcial possível na sua execução.

Da obra o autor já nos apresenta, com sua habitual capacidade de síntese, uma excelente sinopse no capítulo introdutório, onde comenta suas motivações pessoais e razões circunstanciais para escrevê-la. Já que ninguém poderá falar com mais autoridade sobre sua obra do que seu criador, os leitores certamente me relevarão a intenção de neste prefácio falar antes do autor do que de seu livro.

Disse alguém que o amigo é o irmão que se escolhe. Entre tantos desses amigos-irmãos que a vida foi pródiga em me proporcionar, David é hoje aquele com quem há mais tempo convivo. Conheci-o ainda estudante de Medicina, quando fui estagiar na Clínica Pinel e lá o tive como meu primeiro supervisor, travando logo contato com aquelas qualidades suas que depois soube reconhecer não só como raras, mas também preciosas. Ele era cima de tudo o continente adequado para com nossas falhas e paciente com nossas inquietações. Coerente com suas preferências, fundadas na etimologia, por *educar* em lugar de *ensinar*, sabia deixar espaço para que aflorasse o conhecimento nascente do supervisionado, não impondo aprioristicamente seus pontos de vista, e — talvez sua característica mais marcadamente pessoal — sempre extraindo algo de positivo do mais caótico e inadequado de nossos procedimentos.

Anos mais tarde, acompanhando-o na condução de um grupo F no Laboratório de Relações Humanas a que faz referência na introdução deste livro, pude constatar "ao vivo" suas qualidades para a tarefa de lidar com grupos, os quais conduz invariavelmente de um modo suave, tranqüilo e afável, mas ao mesmo

tempo firme e objetivo, sabendo como poucos fazer a síntese dos movimentos do grupo para integrar seus componentes no desempenho da tarefa proposta.

Desde então tenho acompanhado David em inúmeras outras atividades em grupos e não cesso de com ele apreender a como exercer com discrição e serenidade a coordenação dos mesmos. É ele o que se poderia cognominar um "grupoterapeuta nato"!

Além de seu invulgar talento como coordenador de grupos, David tem sido um incansável batalhador pela grupoterapia em nosso meio, quer na direção de entidades associativas como principalmente no treinamento de novos profissionais. E, como corolário deste seu renovado interesse em revitalizar a grupoterapia entre nós e de sua proficua e continuada atividade de professor e supervisor de grupoterapeutas, vem a lume agora este seu "Fundamentos Básicos das Grupoterapias", que não só preenche uma importante lacuna em nossa escassa bibliografia nacional sobre a matéria como assegura desde já uma posição ímpar como livro texto na formação de futuros grupoterapeutas no país e como obra de referência obrigatória para os trabalhos que vierem a ser publicados doravante sobre este ramo das psicoterapias.

Para que não se diga que este prefácio limitou-se aos encômios ao autor, façamos agora algumas breves considerações sobre sua obra.

O autor é psicanalista e como tal é deste ponto de vista teórico que aborda os temas grupais; não obstante, eclético e aberto ao diálogo, mostra-se ele naturalmente receptivo às demais correntes teóricas que influenciam o campo das grupoterapias. Como seria de esperar, contudo, por sua maior familiaridade com o referencial analítico é ao utilizá-lo na abordagem dos fenômenos do campo grupal que nos traz suas mais fecundas contribuições à matéria. Esses fenômenos são aqui abordados com uma riqueza conceitual e uma simplicidade didática raramente encontradas, mesmo nos textos dos mais renomados especialistas. O estudo desses fenômenos são indubitavelmente o ponto alto do livro.

Nos capítulos que tratam mais especificamente de aspectos técnicos podemos acompanhar as transformações por que passaram no pensamento do autor certas formulações que identificaram a grupoterapia analítica em suas origens. Assim, por exemplo, questiona ele a atitude outrora preconizada de dirigir interpretações sistematicamente ao grupo como um todo no pressuposto de que só assim se estaria conduzindo analiticamente um grupo. Da mesma forma rediscute, à luz dos novos aportes à teoria da técnica analítica e sustentando-se em sua experiência clínica de vários lustros com a grupoterapia analítica, outras questões tidas como polêmicas e controvertidas, tais como a valorização da contratransferência como instrumento comunicacional, o emprego das interpretações extratransferenciais, a discriminação das individualidades no contexto grupal, o uso da matriz interativa do grupo como agente terapêutico (através da função interpretativa dos próprios componentes do grupo) e assim por diante.

Destaque-se, ainda, o mérito do autor de expor-se e revelar sua maneira de trabalhar nas várias ilustrações clínicas que dão sustentação às digressões teóri-

cas. Esta é uma qualidade que só é evidenciada por quem tem sua práxis bem sintonizada com seu posicionamento teórico.

Contudo, o mérito essencial da obra talvez escape aos leitores que não conheçam ou convivam com o autor: é a extraordinária coerência entre os conteúdos do texto e a personalidade de quem o redigiu. Aí encontramos o David com seu espírito conciliador e democrático, procurando valorizar em cada detalhe os aspectos humanísticos e éticos do métier profissional a que se dedica, conduzindo seu raciocínio com a mesma e invejável dose de bom senso com que conduz seus grupos.

Como disse de início, é extremamente difícil não se deixar levar pelo apreço que se tem ao amigo a quem se prefacia, mas ainda assim creio que os leitores concordarão, após transitarem pelo texto,que estamos diante de uma obra que chega no "timing" preciso e com qualidades suficientes para torná-la um "livro de cabeceira" para todos nós que nos dedicamos às diversas modalidades de grupoterapia em nosso meio.

De parabéns, portanto, o autor, a editora que acolheu sua obra e nós outros, leitores, que a usufruimos e com ela incrementamos nosso cabedal de conhecimentos sobre a matéria.

Luiz Carlos Osório

SUMÁRIO

PREFÁCIO — *Luis Carlos Osório*,
PRÓLOGO, 1

PRIMEIRA PARTE
Princípios Gerais de Psicodinâmica

Capítulo 1 — Uma revisão sobre o desenvolvimento da personalidade, 9
Capítulo 2 — O Grupo familiar, 24
Capítulo 3 — Breve revisão sobre as principais síndromes clínicas, 30

SEGUNDA PARTE
Princípios Gerais das Grupoterapias

Capítulo 4 — Uma revisão histórico-evolutiva das grupoterapias
Principais referenciais teórico-técnicos, 45
Capítulo 5 — Importância e conceituação de grupo, 51
Capítulo 6 — Modalidades grupais, 55
Capítulo 7 — Formação de um grupo terapêutico de base analítica, 64
Capítulo 8 — Início de uma grupoterapia analítica. Uma primeira sessão, 70

TERCEIRA PARTE
Fenômenos do Campo Grupal

Capítulo 9 — Campo grupal. Ansiedades. Defesas. Identificações, 79
Capítulo 10 — Papéis. Lideranças, 86
Capítulo 11 — Enquadre (*setting*) grupal, 93
Capítulo 12 — Resistência, 101
Capítulo 13 — Contra-Resistência, 106
Capítulo 14 — Transferência, 109
Capítulo 15 — Contratransferência, 114

Capítulo 16 — Comunicação, 119
Capítulo 17 — Interpretação, 125
Capítulo 18 — *Actings*, 133
Capítulo 19 — *Insight*. Elaboração. Cura, 139
Capítulo 20 — Perfil e função do grupoterapeuta, 148

QUARTA PARTE
Outras Grupoterapias

Capítulo 21 — Grupos com crianças, púberes, adolescentes, casais, famílias, psicossomáticos, psicóticos, depressivos, 155
Capítulo 22 — Grupos Operativos. Grupo de Reflexão aplicado ao ensino médico, 168
Capítulo 23 — Estado atual das grupoterapias, 173

ÍNDICE BIBLIOGRÁFICO GERAL, 177
ÍNDICE REMISSIVO, 179

PRÓLOGO

A motivação para escrever este livro sobre os fenômenos do campo grupal provém de três fontes. A primeira decorre da constatação de que no Brasil há uma inequívoca necessidade de expansão das atividades grupoterápicas e de formação de técnicos especializados na área. De fato, há no Brasil um profundo abismo entre o número de pessoas que necessita — e certamente poderia beneficiar-se de uma psicoterapia sistemática — e a capacidade assistencial em atender a essa demanda, sendo de lamentar que não esteja ocorrendo melhor aproveitamento de um recurso que tem um significativo potencial terapêutico, como é, sem dúvida, o das grupoterapias.

A segunda razão é a evidência da necessidade de um livro de leitura básica, e isso pode ser medido pelo expressivo número de grupoterapeutas em formação, assim como pelo reclamo de um grande volume de interessados em grupoterapia que se tem manifestado neste sentido. Junto aos demais professores desta área, posso testemunhar a nossa dificuldade quanto a indicação de bibliografia relativa aos conceitos básicos, sem cair no inconveniente de ter que pinçar textos de autores diversos em diferentes obras.

O meu terceiro motivo para escrever este manual é o de que me pareceu adequado partilhar com colegas mais jovens uma experiência intensiva e diversificada no trabalho com distintas modalidades grupais que venho acumulando há mais de 30 anos.

Esta experiência teve início na Clínica Pinel de Porto Alegre — RS, onde desenvolvíamos, de forma sistemática, três tipos de atividades em grupos: as de ordem administrativo-reflexiva (intra e interequipes técnicas), as comunitárias (com a totalidade dos técnicos de todos níveis hierárquicos, alguns funcionários,

pacientes e familiares) e a grupoterapia de finalidade terapêutica (com pacientes psicóticos, internados ou em regime de hospital-dia).

Posteriormente, com o incentivo do Dr. Fernando Guedes, então diretor do Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre, introduzi e desenvolvemos um trabalho similar nesse hospital.

No Centro Médico da Vila São José do Murialdo, também nesta capital, onde a assistência médica se processa em moldes comunitários, além das costumeiras reuniões com as equipes técnicas multidisciplinares e os grupos de finalidade reflexiva com os alunos dos cursos de especialização, coordenei grupos com crianças, adolescentes e de promoção de saúde, em particular com gestantes.

Por outro lado, participei do "Laboratório das Relações Humanas" programa intensivo de reciclagem de ensino-aprendizagem, destinado aos professores da área biomédica, promovido pela Faculdade de Medicina, em conjunto com a Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, de Porto Alegre — onde eu coordenava um grupo do tipo "F" (*free*) realizado com docentes universitários em reuniões diárias. No mesmo programa, eram desenvolvidas atividades baseadas em dramatizações, visando à vivência de *role-playings*.

Considero que a minha experiência enriqueceu muito com o trabalho de grupo desenvolvido junto ao PEC (Programa de Educação Médica Continuada), no qual, juntamente com colegas de outras especialidades médicas, básicas, compúnhamos equipes polivalentes e nos deslocávamos para cidades do interior do Estado onde trabalhávamos com a comunidade médica de cada uma dessas regiões. Fazíamos um trabalho ao vivo, nos respectivos hospitais de cada regional, sendo que a minha função era a de, através de uma sistemática atividade grupal reflexiva, desenvolver nos colegas uma mudança psicológica em relação à sua atitude médica, assim como a de consolidar o seu sentimento de identidade profissional, sempre dentro do clássico tripé: conhecimentos-habilidades-atitudes. Participei desse gratificante programa de educação médica durante exatos dez anos, não só como psiquiatra da equipe de ensino, mas, também, na condição de um dos fundadores e responsável, durante alguns anos, atuando na sua coordenação geral.

Como decorrência dessa experiência, vim a desenvolver, a convite, uma atividade sistemática de "grupos de reflexão", com duração mínima de um ano cada, com médicos-residentes no Hospital Independência de Porto Alegre (especializada em traumatologia) e no Hospital Nossa Senhora da Conceição, também desta cidade, com médicos residentes em Medicina Interna e Medicina Comunitária.

Outro fruto direto do PEC foi o de, junto com os colegas Luís Carlos Osório e Geraldina Viçosa, ambos psicanalistas e grupoterapeutas, termos criado o CEPEC (Centro de Programas de Educação Continuada). Nos diversos cursos que são desenvolvidos pelo CEPEC, os módulos de ensino sempre se desenvolvem em três tempos: a discussão teórica do tema programado, a complementação da teoria através da discussão prática do material clínico trazido pelos alunos e o grupo de reflexão, o qual é baseado no livre aporte de qualquer assunto, cuja meta

é a integração entre a reflexão da experiência afetiva grupal e o aprendizado teórico-prático anterior.

Paralelamente, desde 1960, a partir da minha formação psicanalítica, desenvolvi, em minha clínica privada, uma ininterrupta atividade de psicoterapia analítica de grupo com pacientes de organização neurótica da personalidade. Com o correr do tempo, a partir do aporte de novos conhecimentos teórico-técnicos provindos de diferentes correntes da psicanálise e da grupoanálise, assim como da abertura das fronteiras destas últimas com as outras áreas grupoterápicas e, sobretudo, a partir das vivências que só a cotidiana experiência pessoal propicia, acrescida das que são vividas na supervisão de colegas mais jovens, fui sofrendo modificações na maneira de compreender e trabalhar com grupos em geral e com a grupoterapia analítica, em particular.

Este livro pretende, justamente, condensar os conhecimentos básicos que se encontram esparsos na literatura especializada e integrá-los com os procedentes da minha própria formação e experiência.

Em forma esquemática, as atividades grupais podem ser reduzidas a dois grandes tipos: Grupos Operativos e Grupos Terapêuticos. É preciso fazer a ressalva de que o termo "operativo" refere-se mais genericamente a um esquema conceitual-referencial, sendo que os seus princípios básicos também estão sempre presentes nos demais grupos terapêuticos.

Os grupos operativos propriamente ditos são mais utilizados em tarefas específicas de ensino-aprendizagem e em programas organizacionais.

Os grupos de finalidade terapêutica, por sua vez, podem ser subdivididos em dois tipos: 1) os que têm um âmbito mais abrangente na área da Medicina e não são essencialmente psicoterápicos e 2) os grupos psicoterápicos primordialmente dirigidos ao *insight* e às mudanças na estruturação psíquica.

Os grupos terapêuticos não essencialmente psicoterápicos estão sendo muito utilizados em diversos programas de saúde mental (Medicina primária, preventiva); em múltiplas aplicações de grupos de auto-ajuda (Medicina secundária, curativa) e em programas de reabilitação (Medicina terciária).

As grupoterapias propriamente ditas, por sua vez, podem estar fundamentadas em postulados provindos de distintas correntes, tais como: psicanalítica, psicodramática, sistêmica, cognitivo-comportamental, ou podem estar baseadas em uma abordagem mista, holística, em que há uma certa combinação das correntes anteriores.

Este livro pretende fazer uma revisão generalizada sobre todas as modalidades expostas, porém objetiva dar um maior realce às grupoterapias, mais particularmente às de fundamentação psicanalítica. Os capítulos que o compõem partem da premissa de que um grupo se constitui como uma entidade nova e singular, sendo que isso não exclui que cada um de seus membros continue sendo um indivíduo com identidade própria e sujeito às mesmas vivências psicológicas que caracterizam todo e qualquer vínculo terapêutico bipessoal, como é o da interação analista-paciente, própria de uma psicanálise individual.

Por esta razão, a exposição que é feita dos fenômenos grupais será sempre precedida por uma breve revisão atualizada desses mesmos fenômenos, vistos sob a ótica da psicanálise clássica.

Assim, este manual está sistematizado em quatro partes. Na primeira parte, são abordados os *Princípios Gerais de Psicodinâmica*, desdobrados em três capítulos: o primeiro consta de uma breve revisão de como se processa o desenvolvimento psíquico de todo indivíduo, em uma trajetória que vai de um estado de indiferenciação com a mãe e em absoluta dependência desta até o de um estado adulto e emancipado. Nesse processo de estruturação da personalidade é de fundamental importância a influência exercida pelo entorno familiar original, especialmente pela transmissão de um código de valores, assim como na determinação dos processos identificatórios e pela atribuição de papéis a serem desempenhados ao longo da vida.

Uma grupoterapia propicia, com mais transparência, a reprodução dessas tão importantes vivências do grupo familiar original. Assim, o Capítulo 2 revisa a influência da família, muito mais particularmente o papel da mãe.

O Capítulo 3 se propõe a fazer uma sumarização das diversas formas de como a estruturação psíquica se configura em cada indivíduo separadamente, tanto do ponto de vista caracterológico como de síndromes psiquiátricas.

A segunda parte intitulada *Princípios Gerais da Grupoterapia*, objetiva traçar um painel abrangente das condições básicas que fundamentam as grupoterapias, tanto do ponto de vista histórico-evolutivo (Capítulo 4) e conceitual (Capítulo 5), como o relativo às múltiplas e variadas modalidades grupoterápicas (Capítulo 6). O Capítulo 7 aborda, mais especificamente, o importante aspecto da formação de um grupo terapêutico de base analítica, em especial quanto aos aspectos de encaminhamento, seleção e composição, assim como o das respectivas indicações e contra-indicações. Em continuação, o Capítulo 8 descreve, na íntegra, uma primeira sessão de uma grupoterapia, com os respectivos comentários relativos às leis da dinâmica grupal presentes na sessão, às ansiedades emergentes, aos mecanismos defensivos utilizados por cada um e todos do grupo incipiente, a atividade interpretativa do grupoterapeuta, etc.

A terceira parte deste livro estuda mais particularmente os *Fenômenos do Campo Grupal*, isto é, aqueles aspectos que surgem de forma espontânea e inevitável em qualquer grupo, independentemente da sua natureza. O que, de fato, varia de um tipo de grupo para outro é fundamentalmente o objetivo precípuo para o qual cada um deles foi formado: se de ensino ou se psicoterápico e, neste caso, se de apoio, ou para *insight*, etc. Conforme o objetivo de um grupo, caberá ao seu coordenador o emprego de táticas e de técnicas diferenciadas que propiciarão, ou não, a emergência e o manejo dos referidos fenômenos do campo grupal. Assim, o Capítulo 9 aborda, com maior especificidade, o surgimento de ansiedades, os mecanismos defensivos e o complexo jogo de identificações que estão sempre presentes em qualquer situação de dinâmica grupal. Da mesma forma, há uma imperativa tendência em todo tipo de grupo para uma distribuição de posi-

ções e de papéis, notadamente o das lideranças, tal como é estudado no Capítulo 10. Mais particularmente, em relação aos grupos terapêuticos com vistas ao *insight*, seguem-se os capítulos que tratam da importância do *setting* (Capítulo 11), da resistência (Capítulo 12) e contra-resistência (Capítulo 13), da transferência (Capítulo 14), da contratransferência (Capítulo 15), dos aspectos da linguagem e da comunicação (Capítulo 16), da interpretação (Capítulo 17), dos *actings* (Capítulo 18), assim como dos fatores terapêuticos e antiterapêuticos que concorrem para a aquisição do *insight* e daí para a elaboração e a cura (Capítulo 19). Nesse contexto — e dele indissociável —, cresce de importância a figura do grupoterapeuta, cujo perfil e funções são estudados no Capítulo 20.

A quarta parte dedica um espaço particular para a abordagem de *Outras Grupoterapias*, tal como é o Capítulo 21, no qual são feitas abreviadas considerações sobre os grupos com crianças, com púberes, com adolescentes, casais, famílias, psicossomáticos, psicóticos, depressivos. Dentre os outros tipos de grupos que não os analíticos, o Capítulo 22 é dedicado a uma forma especial de grupos operativos, que consiste na utilização da técnica do Grupo de Reflexão, aplicada ao ensino médico. Finalmente, o ciclo da temática grupal é encerrado no Capítulo 23, onde são discutidas as condições atuais, assim como as perspectivas futuras das grupoterapias.

Cada Capítulo será seguido por uma indicação de fontes bibliográficas, de distintas orientações, que foram por mim consultadas, e que podem servir como um roteiro para o leitor que quiser ampliar a sua leitura sobre um determinado assunto.

Primeira Parte

PRINCÍPIOS GERAIS DE PSICODINÂMICA

1

BREVE REVISÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DA PERSONALIDADE

Desde Freud conhecemos o princípio básico de que o grupo e as individualidades são indissociados e que se encontram em um permanente jogo dialético entre si. Este postulado justifica a necessidade de revisarmos os principais movimentos que processam a normalidade, ou a patologia, da formação da personalidade dos indivíduos.

As considerações que seguem não visam mais do que a uma tentativa de sistematizar os conceitos evolutivos, que são amplamente conhecidos, mas que comumente vêm acompanhados de uma certa imprecisão conceitual e de uma falta de ordenamento claro, o que se deve ao fato de as contribuições dos pesquisadores procederem de múltiplas escolas do pensamento psicanalítico, com diversos vértices teóricos, os quais, sob diferentes denominações, muitas vezes se superpõem, convergem, ou divergem, num complexo jogo combinatório.

Por esta razão, a sumarização que se apresenta a seguir resulta de uma livre utilização dos conhecimentos adquiridos, a partir dos autores mais representativos das diversas correntes psicanalíticas, sem privilegiar nenhuma, mas, sim, pelo critério de como eles estão elaborados em nós.

1. **Interação biopsicossocial.** Sempre há, de acordo com a equação etiológica de Freud, uma constante interação entre os-inatos-fatores biológicos, em nível neurofisiológico, e os estímulos provenientes do mundo exterior. A evolução dos primeiros caracteriza o processo de maturação, sendo que o crescimento do indivíduo como um todo, especialmente o lado psicológico, é considerado como sendo o desenvolvimento.

Certos autores, como Melanie Klein e seguidores, por exemplo, privilegiam os fatores inatos, pulsionais, enquanto outros (Winnicott, Kohut, Margareth

Mahler e Lacan, entre outros) enfatizam a importância estruturante do meio ambiente, sobretudo o da mãe.

2. **Pulsões.** Os fatores inatos compreendem a presença de pulsões (ou impulsos) e o de um ego arcaico, o qual já traz embutido em si toda uma gama de potencialidades a serem maturadas e desenvolvidas. Tais pulsões (o termo "pulsão" é a melhor tradução para *trieb*, do original alemão, em Freud, e deve ser diferenciado de *instinkt*, cuja tradução literal designa os instintos irreversíveis e específicos para cada espécie do reino animal), são binárias, isto é, se constituem das forças coesivas e desagregadoras (*disruptivas*).

Conforme Freud, as pulsões têm quatro características: uma fonte, uma finalidade, uma força e se dirigem a um objeto (exterior e/ou ao próprio corpo).

As denominações que qualificam as pulsões têm variado conforme o paradigma conceitual, em seus distintos lugares e épocas; no entanto, sempre é conservada uma dualidade. Assim, Freud inicialmente os denominou pulsões do ego (de autopreservação) e sexuais (preservação da espécie). Posteriormente, os classificou em pulsões libidinais e agressivas, sendo que, a partir de 1920, passou a denominá-las como sendo de vida (eros) e de morte (tânatos). Em sua concepção estruturalista, ele reuniu todas as pulsões na instância "Id" (termo latino que corresponde ao *das es* alemão).

Melanie Klein, por sua vez, inspirada em Freud, construiu toda a sua teoria a partir do conceito de "instinto de morte", sendo importante registrar que essa primitiva vivência interna de morte é semantizada pelo ego arcaico como uma ameaça de uma total destruição interna (ansiedade de aniquilamento).

3. **Ego incipiente.** A crença na existência ou inexistência de um ego desde o nascimento tem dividido os autores. Àqueles que utilizam o referencial dos teóricos das relações objetais (Fairbairn; M. Klein e seguidores) impõe-se a obrigatória convicção de que existe no recém-nascido um ego rudimentar, encarregado de fazer os indispensáveis contatos com o mundo exterior, com a tarefa de lidar, ainda que de uma forma muito primitiva, com os fortes estímulos provenientes tanto de dentro como de fora do nascituro. O conceito da existência inata de um ego rudimentar fica mais claro a partir da seguinte analogia: o nascituro já respira bem antes de que o seu aparelho respiratório já esteje plenamente constituído.

Os referidos estímulos sobre o bebê podem ser prazerosos ou desprazerosos, sendo que estes últimos decorrem sobremaneira dos estados de sede, fome, frio, dor e desamparo.

Forma-se um arranjo de combinação entre as pulsões originais e os referidos estímulos dolorosos, sendo que ambos provêm de distintas zonas corporais e, como o ego incipiente não tem condições neurobiológicas para discriminá-las, o bebê entra em um estado de "confusão" generalizada. Em outras palavras, por falta de maturação mielínica, há uma óbvia incapacidade em fazer a discrimina-

ção entre o eu e o outro, entre o que é de dentro e o que vem de fora, entre mente e corpo, entre as fontes, objetos e conteúdos pulsionais, entre as partes e o todo corporal, ausência da noção de espaço, de tempo, etc.

Esse primitivo estado de indiferenciação do bebê com o mundo exterior (mãe) tem recebido distintas denominações. Assim, em momentos diferentes, Freud o designou de auto-erotismo, narcisismo primário, estado de Nirvana, ego do prazer puro. Winnicott descreve o "estado de ilusão e onipotência". Kohut diz que se trata do "estado narcisista perene". Conforme Edith Jacobson corresponde ao "*self* psicofisiológico primário". Segundo M. Mahler, trata-se de um estado de "autismo normal" (seguido de uma condição de simbiose com a mãe). Para J. Bleger é um "núcleo aglutinado" enquanto que Pacheco Prado o denominou "estado de entranhamento", e assim por diante.

O importante a considerar é que todas essas vivências de não-integração (ou de "desintegração", se o vértice conceitual for o da existência primária do instinto de morte) provocam um estado de ansiedade, com a conseqüente mobilização de primitivos recursos defensivos do ego. Mais adiante, esses dois aspectos — ansiedades e defesas — serão considerados mais detalhadamente.

4. **Representações no ego.** De alguma forma, as sensações indiscriminadas, acima referidas, vão sendo registradas (como que "fotografadas") no ego, sob a forma de representações (inicialmente o estado é o de "presentações", ou seja, o registro das vivências ainda não têm uma nomeação, e elas se confundem como se estivessem, de fato, concretamente presentes).

As representações se constituem da combinação de uma série de elementos que interagem entre si: pulsões, sensações, afetos, objetos, fantasias, memória e significações.

É útil lembrar que todas as representações são revestidas de uma carga afetiva, sendo que os primeiros objetos introjetados são considerados como odiados, uma vez que eles foram os frustradores, responsáveis, portanto, pela necessidade de suas ausências serem substituídas por representações. Nos casos em que houver um nítido predomínio do ódio, estará aberto o caminho para a instalação de futuras somatizações e quadros psicopatológicos em geral.

Não é demais repetir a importância exercida pelas frustrações impostas à onipotência da criancinha, como sendo o meio indispensável para a transição do princípio do prazer para o da realidade, desde que tais frustrações sejam adequadas e coerentes para não despertarem um ódio excessivo.

5. **Evolução e funções do ego.** Em Freud, as primeiras etapas da estruturação do ego estão alicerçadas nos Princípios do Prazer e da Realidade, e seguem a seguinte escalada evolutiva: a) ausência de ego, b) ego do prazer puro, c) ego da realidade primitiva e d) ego da realidade definitiva.

É útil lembrar que, para Freud, o ego é, antes de tudo, corporal! Dessa forma, assim como o corpo, com as respectivas fantasias e significações contidas

nas distintas zonas corporais, está representado no ego, também é verdade que nos distúrbios psicossomáticos é o ego ameaçado que está representado no corpo.

À medida que o ego vai sofrendo um processo neurofisiológico de maturação, ele vai encontrando as necessárias condições de fazer a necessária adaptação do princípio do prazer ao da realidade, assim como a transição de um funcionamento baseado em um processo primário para o de um processo secundário, até alcançar a possibilidade de atingir o pleno uso das funções mais nobres.

O ego pode ser definido como um conjunto de funções, as quais, em linhas gerais, são as seguintes:

a) Mediador entre o Id, o Superego e a realidade exterior.
b) Mecanismos de defesa.
c) Funções mentais (sensoriais e motoras, além das de atenção, memória, inteligência, pensamento, juízo crítico, capacidade de antecipação e postergação, etc.)
d) Formação de símbolos.
e) Processa e sedia a formação da angústia-sinal.
f) É a sede das representações e significações.
g) Processa a formação das identificações e do sentimento de identidade.
h) Reconhece as emoções e processa o seu destino.

6. **Papel do grupo familiar.** Desde que nasce, até o pleno amadurecimento neurofisiológico, a evolução biológica segue um mesmo processo linear e imutável em todos os indivíduos da espécie humana. Assim, o bebê sente frio e calor desde o nascimento. Começa a ouvir a partir das primeiras semanas e a ver por volta do primeiro mês. Do sexto ao oitavo mês, começa a reconhecer o corpo do outro e, só então, poderá se reconhecer, em espelho, como uma unidade corporal. Desenvolve uma mais organizada motricidade do primeiro ao quarto ano, e a lateralidade (reconhecimento de direita e esquerda, etc.) em torno do quinto ao sexto ano. Da mesma forma, as noções de espaço, tempo, discriminação, causalidade, etc., obedecem a uma definida seqüência temporal, sendo interessante assinalar, tendo em vista o que se reedita na relação terapêutica, que a criança apresenta condições de utilizar o "não" antes do "sim".

A qualidade do desenvolvimento das funções egóicas vai depender, intrinsecamente, da inter-relação da criancinha com o seu meio ambiente, mais precisamente de como se processa o seu inato apego (*attachment*) com a mãe. Justamente por essa razão, o próximo capítulo estuda mais detalhadamente quais são os papéis desempenhados pela mãe dentro de um contexto com as demais pessoas de um grupo familiar.

7. **Etapas evolutivas.** Indo além da clássica concepção da evolução psíquica em fases bem delimitadas (oral, anal, fálica...), pode-se dizer que a progres-

siva formação da personalidade é entendida, na atualidade, como um longo processo de separação-individuação.

Assim, nos primórdios, o bebê não existe sem a mãe e, durante alguns meses, ambos compõem uma díade inseparável. É a primeira etapa evolutiva e se define por um estado de indiferenciação, onde prevalece uma condição de "espelhamento" com a mãe.

A fase oral propriamente dita não se restringe às gratificações e frustrações pela via exclusiva da boca, como a etimologia pode sugerir (o étimo latino *os, oris* quer dizer *boca*). Ela abrange a todos os órgãos dos sentidos, sendo que a pele merece um destaque especial porque comporta-se como um meio de contato e de comunicação entre o mundo interior e o exterior.

Da mesma forma, a fase anal não se limita à vicissitudes da evacuação e da micção. O desenvolvimento da capacidade muscular-motora, especialmente a marcha, assim como a articulação da fala e o exercício do uso do "não", como oposição às exigências das pessoas do seu meio ambiente, definem as principais linhas de representações no ego dessa fase evolutiva.

Seguem-se as fases fálica (e toda a constelação edípica), a puberdade, a adolescência e as demais etapas críticas da evolução do indivíduo, cada uma delas com as suas, bem conhecidas, características específicas. O que importa ressaltar, no entanto, são as seguintes particularidades:

— Tais fases não correspondem a uma realidade biológica ou psicológica constante e imutável, antes, elas apenas assinalam a prevalência de certos tipos de comunicação com o mundo, os quais guardam as peculiaridades típicas das respectivas épocas de vida.
— Elas não são estanques; pelo contrário, há uma interpenetração das fases (e as respectivas fantasias e ansiedades) entre si. Por exemplo: nas crianças de 2 a 5 anos é muito comum a ocorrência de sonhos e pesadelos com nítidas fantasias orais canibalísticas impregnadas de um simbolismo fálico.
— Um aspecto importante em relação ao esquema de "fases" é o referente aos fenômenos de Fixação, ao de Regressão, e ao de Compulsão à Repetição.

8. **Fixação. Regressão. Compulsão à Repetição.** *Fixação:* devido a uma hiperestimulação que se forma a partir de um excesso de gratificações, ou de frustrações, ou ainda, de incoerência entre ambas, o ego "fixa" certas representações relativas a aspectos do desenvolvimento da personalidade, em determinada fase. Se a fixação for parcial (o que é o mais comum) teremos uma interrupção no desenvolvimento de certas funções e capacidades, sem prejuízo de outros aspectos; se a fixação for total, haverá uma detenção da evolução psíquica.

A Regressão corresponde ao fato de que, diante de estados de ansiedade excessiva, o indivíduo abandona algumas capacidades adquiridas e retorna às estações em que fez as fixações, ou seja, aos modos de funcionamento mais

primitivos. Este fenômeno adquire uma especial importância nos grupos humanos: a história está repleta de exemplos em que as massas podem regredir a níveis arcaicos, quando, fascinadas, elas estão sendo comandadas por líderes carismáticos e patogênicos.

A *Compulsão à Repetição* é um acontecimento de máxima importância para o entendimento da conduta humana. Freud a estudou a partir dos fenômenos da transferência, da elaboração repetitiva dos fatos traumáticos e, sobremaneira, do masoquismo. Baseado neste último, formulou o "instinto de morte" como sendo uma compulsão do indivíduo a retornar ao estado inanimado. Hoje em dia, a compulsão à repetição é entendida como decorrente de uma necessidade irrefreável de "buscar" algo que faltou no passado, muitas vezes em um nível que visa a um retorno ao "apego" original com a mãe, independentemente se esse foi bom e gratificante ou se foi frustrante e, até mesmo, se foi de natureza sádica por parte da mãe.

9. **Desenvolvimento da sexualidade.** Sabemos todos o quanto Freud valorizou a sexualidade como o principal eixo da construção do edifício psicanalítico. No entanto, deve ficar bem claro que ele não conceituou sexualidade como sinônimo de genitalidade, como muitos detratores ainda hoje teimam em confundir.

Freud concebeu e valorizou as zonas corporais erógenas de onde partem as satisfações das necessidades básicas, acrescendo-se um prazer extra à gratificação destas últimas. A este *plus* de prazer, denominou como sendo "sexual"; assim, o bebê mama no seio da mãe para saciar a sua fome e sede, porém o tempo extra que ele, já saciado do alimento leite, se demora em contato com o mamilo, foi considerado por Freud como a expressão de uma sexualidade, inerente ao prazer obtido através da mucosa de sua boca.

Em outras palavras, para Freud, todas as experiências de excitação corporal, inclusive as dolorosas, podem se tornar uma fonte de um prazer "sexual". Portanto, o conceito de sexualidade deve ser entendido em um sentido mais amplo como toda experiência de prazer da qual participam ao mesmo tempo, o corpo e a mente.

Freud comprovou que a criança constrói diversas "teorias sexuais", a fim de encontrar explicações para os intrigantes mistérios relativos à concepção, nascimento, diferença de sexos, doença e morte. As distintas etapas evolutivas se interpenetram e se interinfluenciam, porém cada uma delas guarda uma certa especificidade na formação das fantasias pertinentes às teorias sexuais de cada criança, cujo destino, em combinação com as angústias formadas e os mecanismos defensivos mobilizados pelo ego irão determinar a normalidade ou a psicopatologia.

Tendo como base a triangularidade edípica, os modelos sexuais da mãe e do pai exercerão uma categórica definição na determinação do gênero da criança. Cabe, aqui, traçar uma importante diferença entre sexo e gênero. *Sexo* designa a condição biológica, isto é, se a criança nasce com pênis ou com vagina. *Gênero,*

por sua vez, se refere a um tipo de comportamento se masculino ou feminino, dentro dos padrões convencionais de uma determinada cultura — e depende diretamente dos modelos identificatórios. Destes últimos, os mais importantes consistem nas expectativas provindas dos pais da criança (e, por tabela, dos pais, internalizados, destes pais) quanto à determinação de uma conduta a ser seguida pelo filho: se mais ou menos viril; se com maior ou menor valorização de atributos tais como agressividade, passividade, delicadeza, triunfo, donjuanismo; se o gênero da criança vai ser o de preencher o "sexo" que não foi conseguido nos outros filhos e assim por diante. Um outro aspecto que também deve ser considerado na determinação do gênero é o que se refere à pressão exercida pelos grupos sociais e pela cultura vigente.

10. **Ansiedade.** É de consenso entre os psicanalistas o princípio de que o bebê sofre de ansiedades desde o seu nascimento (segundo muitos autores, desde a gestação). Apesar de a ciência psicanalítica ainda não dispor de um método científico de registro e de mensuração das aludidas ansiedades, é inegável que a sua presença é confirmada por fatos objetivos. Assim, a simples observação de qualquer bebê mostra-nos o quanto ele oscila entre uma serena expressão de um completo bem-estar e um intenso sofrimento, o qual fica traduzido, entre outros sinais, por um indiscutível rito doloroso.

As ansiedades podem ser descritas a partir de distintos referenciais. Assim, ao longo de sua obra, Freud descreveu dois tipos de ansiedade: a angústia automática e a angústia-sinal. A primeira corresponde a um excesso de estímulos que o ego não tem condições de processar e, por isso, os reprime; daí o surgimento da ansiedade por represamento. A conhecida "angústia-sinal" (descrita a partir de 1926, em *Inibição, Sintoma e Angústia*), ao contrário da anterior, é concebida como um sinal que o ego emite diante de uma ameaça, e só então é que se processa a repressão.

Para M. Klein, a ansiedade se manifesta por três modalidades: a) persecutória (corresponde à posição esquizoparanóide), b) depressiva (corresponde à posição depressiva), c) confusional (entre as duas anteriores).

Do ponto de vista genético-evolutivo, a partir do fato de que cada etapa da vida do indivíduo determina uma certa especificidade na configuração das ansiedades, pode-se traçar o seguinte esquema conceitual:

1) *Ansiedade de Aniquilamento* (também conhecida como desintegração, desmantelamento, despedaçamento, catastrófica, etc.) — Está presente desde o nascimento e corresponde à intensa presença no interior do bebê das pulsões agressivas (Instinto de morte, na teoria kleiniana) e dos estímulos desprazerosos. Assim, as primeiras frustrações são semantizadas como uma ameaça de morte, como um aniquilamento da vida.
2) *Ansiedade de Engolfamento* — Corresponde a uma fixação na etapa evolutiva em que há uma indiferenciação entre o eu e o outro, tal como ocorre na díade fusional mãe-filho, de natureza simbiótica-narcisística.

3) *Ansiedade de Separação* — Forma-se durante a primeira infância e é devido a duas condições básicas: uma é o medo da perda do objeto necessitado e a outra, a da perda do amor deste objeto. É claro que estes medos tanto podem estar justificados por uma realidade exterior desfavorável como ela pode ser conseqüente de fantasias inconscientes, sendo o mais comum uma combinação de ambas.
4) *Ansiedade de Castração* — Está intrinsecamente ligada às conhecidas vicissitudes que cercam o conflito edípico. Não é demais ressaltar que, em grau moderado, esse tipo de ansiedade é muito importante para a estruturação psíquica, porquanto é ela que introduz a presença e a "lei" do pai para desfazer a díade simbiótica com a mãe, assim permitindo a transição do plano imaginário narcísico para o simbiótico e o real edípicos.
5) *Ansiedade decorrente do Superego* — Esta forma de ansiedade forma-se a partir dos mandamentos, proibições, valores e expectativas dos pais, bem como dos paradigmas socioculturais de uma determinada geografia e época, estendendo-se até o período de latência.

É útil enfatizar os três aspectos seguintes relativos ao fenômeno da ansiedade: a) comumente, os diversos tipos de angústias, acima descritas, não são estanques entre si; antes, elas se tangenciam e interpenetram, b) os derivados clínicos da ansiedade costumam manifestar-se por somatizações, por *actings*, ou por sentimentos de culpa, vergonha, medo e humilhação, c) podem manifestar-se por um estado de angústia livre, traduzida por concomitantes equivalentes fisiológicos, tais como uma opressão pré-cordial, dispnéia suspirosa, sudorese e sensação de cabeça inchando, entre outros.

11. **Mecanismos de Defesa.** Sob este título designam-se os distintos tipos de operações mentais que têm por finalidade a redução das tensões psíquicas internas, ou seja, das ansiedades.

Os mecanismos de defesa se processam pelo ego e são, praticamente sempre, inconscientes. Se admitirmos a hipótese de que a ansiedade está presente desde o nascimento, como postula a escola kleiniana (além do que, é útil lembrar o "trauma do nascimento" de Otto Rank), teremos que aceitar a crença de que o ego, rudimentar, do recém-nascido está lutando para se livrar dessas angústias penosas e obscuras. É óbvio que quanto mais imaturo e menos desenvolvido estiver o ego, mais primitivas e carregadas de magia serão as defesas.

Pode-se dizer que o mecanismo fundamental do ego é o de rejeitar de qualquer forma — através da utilização das múltiplas formas de Negação — a vivência e o conhecimento de tais vivências ansiogênicas.

As formas mais primitivas de Negação, alicerçadas em uma onipotência mágica, são as seguintes:

a) *Negação em nível mágico.* A forma extrema, própria dos estados psicóticos, é denominada "Forclusão" (ou "Repúdio") e consiste em fazer uma

negação, extensiva à realidade exterior, e substituí-la pela criação de uma outra realidade ficcional (o melhor modelo está contido no fenômeno que Freud descreveu como a "gratificação alucinatória do seio", quando o bebê está desprovido do mesmo). Uma outra forma de negação em nível de magia, porém de menor gravidade do que a forclusão psicótica, por ser mais parcial e estar encapsulada no ego, é a que conhecemos como "Denegação" (ou "Renegação"; "Recusa"; "Desmentida"). Tal defesa é típica das estruturas perversas e consiste em um mecanismo no qual o indivíduo nega o conhecimento de uma verdade, que bem no fundo ele sabe que existe (o melhor modelo é o que ocorre no fetichismo, tal como Freud descreveu tal perversão: o sujeito sabe que a mulher não tem pênis; no entanto, para negar a sua ansiedade baseada na fantasia de que esta falta se deve a uma castração que, de fato, tenha ocorrido, ele denega a verdade com um pensamento tipo "não, não é verdade que a mulher não tem pênis", e reforça essa falsa convicção com a criação de um fetiche).

b) Dissociação (das pulsões, dos objetos, dos afetos e do ego).
c) Projeção (nos primórdios da vida, é uma forma de se livrar de tudo aquilo que for desprazeroso).
d) Introjeção (é uma forma de incorporar tudo o que puder contra-arrestar o mau que a criança sente como estando dentro de si).
e) Idealização (de si próprio ou de outros como uma forma de evitar sentir uma sensação de impotência e de desamparo).

À medida que o ego for evoluindo e amadurecendo neurobiologicamente, ele começa a empregar defesas menos arcaicas, tais como o uso de deslocamento, anulação, isolamento, regressão e transformação ao contrário. Tais defesas são típicas dos quadros obsessivo-compulsivos e fóbicos, o que não quer dizer, é claro, que não estejam presentes em outras situações caracterológicas e psicopatológicas.

Por sua vez, um ego mais amadurecido, tem condições de utilizar defesas mais estruturadas, como são a repressão, a racionalização, a formação reativa e a sublimação.

É preciso deixar bem claro que, em sua ausência, todos esses mecanismos defensivos são estruturantes para a época de seu surgimento. No entanto, todos eles, se indevida ou excessivamente utilizados pelo ego, podem funcionar de uma forma desestruturante. Um exemplo é a utilização da identificação projetiva: ela tanto pode servir como um meio de se colocar no lugar de um outro (empatia), como pode ser a responsável pelas distorções psicóticas do campo das percepções.

Por outro lado, a importância dos mecanismos de defesa pode ser medida pelo fato de que a modalidade e o grau de seu emprego diante das ansiedades é que vai determinar a natureza da formação — e normalidade ou patologia — das distintas estruturações psíquicas.

12. **Funções da Mente.** A finalidade primeira do ser humano é a de adaptar-se (cuidado: não confundir com "acomodar-se") ao meio ambiente que o cerca, às pessoas e aos grupos humanos com os quais convive e partilha experiências. A função de adaptação é feita através de capacidades do ego consciente, como são, entre tantas outras, as de: percepção, pensamento, juízo crítico, conhecimento, linguagem, comunicação e ação.

A função de *percepção* diz respeito ao tipo de ótica, com que o indivíduo percebe os demais, ou seja, de como pensam, sentem e intencionam. Os distúrbios da percepção, desde os discretos — inerentes ao cotidiano de qualquer pessoa — até aos mais graves, sob a forma de alucinações ou delírios psicóticos, são resultantes de um demasiado e inapropriado uso de identificações projetivas e introjetivas. Por outro lado, os traços caracterológicos predominantes em cada indivíduo é que irão se constituir como as lentes desta ótica perceptual: assim, uma mesma pessoa, ou acontecimento, é percebido de forma diferente, se o observador for um paranóide, ou depressivo, ou narcisista, e assim por diante... A forma como se processa a percepção influencia e é influenciada pelas demais funções do ego, a saber:

O *pensamento*, atributo, exclusivo do ser humano, apresenta em seu desenvolvimento evolutivo uma escala crescente de complexidade e sofisticação, de acordo com uma ordenação cronológica e segundo as leis da maturação neurobiológica específicas da espécie humana. Assim, desde uma forma primitiva, em que não há uma obediência aos princípios da lógica, mas, sim, aos da magia e concretude, o pensamento pode evoluir até o nível abstrativo-simbólico, que possibilite a sua utilização para fins dedutivos-científicos. Os estudos de Piaget, epistemólogo suíço, são de fundamental importância para um melhor entendimento das sucessivas etapas que caracterizam a estruturação da função do pensamento.

Bion, a partir de referenciais psicanalíticos, foi um profundo estudioso dos processos do pensamento, tendo postulado que a gênese dos mesmos depende essencialmente de uma maior ou menor capacidade do ego em tolerar as frustrações, o que se deve ao montante de ódio que pode resultar das situações frustrantes e que pode vir a impossibilitar o aprendizado que todo indivíduo deve extrair das experiências da vida, sendo que esse aprendizado, nos casos em que o ódio for excessivo, fica substituído pela onipotência e a onisciência. Bion vai mais longe: ele considera que o ato de pensar pode estar composto por elementos α (alfa) (permitem a elaboração dos sonhos, a comunicação, a abstração, etc.), ou por elementos β (beta), os quais não têm uma função elaborativa, mas sim evacuativa, como é o caso dos *actings*.

É útil estabelecer uma distinção entre pensamento, juízo e raciocínio. O juízo crítico supõe uma capacidade do ego em articular e discriminar os diversos pensamentos que estão separados entre si. A função de raciocínio, por sua vez, implica em uma articulação dos vários juízos.

A função de *conhecimento* está ganhando uma crescente importância em todas as correntes psicanalíticas, sendo que alguns autores, como M. Klein, che-

garam a postular a existência de um impulso epistemofílico. As evidências da relevância do conhecimento podem ser encontradas desde a Bíblia, passando pela Mitologia, Filosofia, Literatura, Ciência e Psicanálise.

Assim, a Bíblia enfatiza os castigos que Deus impôs a Adão e Eva por estes terem transgredido a sua proibição de não comerem os "frutos da árvore do conhecimento". No campo da Filosofia, basta mencionar Sócrates, o qual pode ser considerado um legítimo precursor da ideologia psicanalítica, pelo fato de que ensinava seus discípulos a "fugirem das verdades acabadas", insistia com eles que "a verdade é difícil porque dói", e os estimulava ao exercício da indagação e da reflexão para um autoconhecimento, único caminho, segundo ele, "para atingir a felicidade". Por isso mesmo, Sócrates foi considerado perigoso, julgado e condenado... Na Literatura, vamos nos limitar ao clássico drama shakespereano de Hamlet, debatendo-se entre a cruel dúvida do "ser ou não ser" (na verdade, "saber ou não saber"). Da mesma forma, Sófocles nos dá um relato dramático do mitológico Édipo, penando entre as dúvidas entre conhecer ou não conhecer a terrível verdade que, ao ser revelada, lhe custou o cruel castigo da cegueira que ele se impôs a si próprio. No campo das Ciências Físicas, sabemos todos do terrível castigo que foi imposto, pelo *establishment* da época, ao físico Copérnico e, mais tarde, a Giordano Bruno, pelo "crime" de ambos terem revelado ao mundo um conhecimento que o narcisismo humano se recusava a aceitar: de que Terra não era o centro do universo, como ensinava Ptolomeu, e que não passava de um simples satélite do sistema solar. Da mesma forma, Freud amargou, durante muito tempo, impiedosa hostilização e desprezo por ter ousado desvelar o conhecimento, denegado, de que as puras e ingênuas criancinhas não só eram portadoras de uma sexualidade, mas, ainda, a constatação de que as evidências dela eram transparentes a quem tivesse a coragem de ver e conhecer.

Entre os autores psicanalíticos que têm estudado com profundidade a normalidade e a patologia do conhecimento, é justo destacar a Bion, que estuda a função do "não-conhecimento" (-K, sendo que K é a inicial de *Knowledge*: conhecimento), como uma forma que o ego utiliza quando não quer, ou não pode, tomar ciência da existência de verdades penosas, tanto as externas quanto as internas. Para esse propósito, segundo Bion, o ego chega a se automutilar, pois lança mão de um "ataque aos vínculos" que permitiriam a percepção e a correlação de tais verdades intoleráveis. Como referimos antes, o grau máximo dessa negação da tomada de conhecimento é denominado "forclusão" (termo de Lacan), fenômeno muito estudado para uma melhor compreensão das estruturas psicóticas.

O uso exitoso do conhecimento implica, necessariamente, em uma boa capacidade de discriminação por parte do ego, ressaltando-se que a ênfase dada a essa função se deve ao fato de que o "saber" é o caminho que leva o indivíduo a "ser".

Linguagem e Comunicação. Da boa ou má resolução das funções do pensamento e do conhecimento resultará a qualidade da estrutura lingüística e comunicacional. Nos primeiros tempos da vida, o bebê comunica-se com o mundo

através de uma linguagem corporal (choro, careta, vômito, diarréia, etc.). Se a mãe consegue descodificar as mensagens emitidas por essa linguagem primitiva, vai se formando um clima de entendimento recíproco, o qual propicia a formação de núcleos de confiança básica no *self* da criancinha. Respaldada nessa confiança básica, a criança vai poder tolerar a frustração de vivenciar as perdas temporárias da mãe, em função das inevitáveis separações físicas com ela. A possibilidade da criança em fazer a substituição de um objeto ausente (inicialmente a mãe) por uma representação deste constitui o início de uma importantíssima função egóica: o da formação de símbolos. É importante destacar que a aquisição da *palavra*, cuja relevância é desnecessário ressaltar, se constitui como um símbolo, portanto uma via de acesso ao campo das abstrações, das conceituações e o da comunicação verbal.

No entanto, nos indivíduos em que a capacidade de formação de símbolos tenha ficado seriamente prejudicada, a palavra pode estar sendo utilizada a serviço das "equações simbólicas". Esta expressão designa uma condição na qual o pensamento, e daí as palavras, adquire uma concretude mágica e se confunde como se, de fato, fossem as coisas que apenas deveriam representar.

Por outro lado, não é demais repetir que a linguagem própria do discurso dos pais (conteúdo, forma, significação, estilo, etc.) vai assumindo uma decisiva importância na estruturação, não somente na modalidade de linguagem e de comunicação do filho, mas também na do seu próprio inconsciente.

A função de *ação*, do ego corresponde ao plano comportamental, ou seja, da conduta do indivíduo. É preciso considerar que o ser humano tem uma característica única que o distingue de qualquer outro ser da escala animal: há um longo período de tempo em que ele fica inerte, sem condições motoras, e totalmente entregue aos cuidados de quem está à sua volta. Desde o nascimento há um enorme afluxo de sensações e informações, vindo do exterior e do organismo da criança, provocado um aumento da tensão interna, o qual ela não tem condições de descarregar através da motricidade e da ação. A existência de uma enorme defasagem entre a maturação sensória e a motora, assim como a que há entre o desenvolvimento das gônadas e a capacidade genital para a reprodução são exclusivas da espécie humana.

Tudo isso prolonga e intensifica a dependência da criança e estabelece profundas conexões entre as suas sensações e fantasias e a sua capacidade motora, sobretudo a da marcha. Se não houver uma suficiente harmonia entre a conduta e as funções do pensamento e do conhecimento, o indivíduo reproduzirá as mesmas vivências de sua impotência infantil e descarregará as suas ansiedades não através de atividades sublimadas, mas, sim, em atos e condutas sintomáticos. Constituem exemplos disso a conduta inibida em demasia (própria dos obsessivos), a sedutora (como nas estruturas histéricas), a psicopática e a perversa, entre outras, sendo que cada uma delas estará expressando uma configuração específica de personalidade, assim como traduzindo uma forma arcaica de comunicação.

Não são todos os estudiosos do comportamento humano que privilegiam o seu entendimento como devendo partir sempre da estrutura psíquica do mundo interior do indivíduo. Há uma expressiva corrente — denominada comportamentalista (ou behaviorista) — que preconiza um caminho inverso, ou seja, o de que uma mudança psíquica deve se processar a partir de estímulos — tanto os positivos como os inibitórios — provindos de um treinamento da conduta exterior.

13. **Aquisição do senso de identidade.** A meta maior do desenvolvimento de todo indivíduo é a aquisição de uma plena identidade. Isso significa que ele, após a inevitável passagem pelas etapas simbiótico-narcisistas, nas quais esteve indiferenciado da mãe e do ambiente, vai gradativamente adquirindo condições de maturação e desenvolvimento em direção a uma progressiva diferenciação até atingir as condições de uma constância objetal e de uma coesão do *self* que lhe permita ter vida própria e vir a ser alguém, autônomo e autêntico.

O sentimento de identidade se processa em vários planos - sexual, social, profissional, etc. — e se forma a partir das identificações. Em relação à estruturação das identificações e da formação das diversas formas de identidade, os seguintes fatores devem ser levados em conta:

a) Os valores socioculturais, com as suas normas, hábitos, leis e preconceitos.
b) As pessoas que, em seu jeito de ser, são tomados como modelos de identificação (no início, os pais e demais familiares; mais tarde, os professores, colegas, etc.).
c) O discurso dos pais, que veiculam "enunciados identificatórios", ou seja, impregnam a criança de rótulos ("este menino é uma peste, um preguiçoso...") e de predições ("este menino, quando crescer, será um médico famoso" ou "um vagabundo", etc.). A imputação destes rótulos, e predições podem determinar que a criança identifique-se com a identidade que lhe é imposta, sendo que a conseqüência mais comum é a de que a conduta da criança irá confirmar o "aviso" dos pais e, assim, formando-se um círculo vicioso que pode adquirir uma natureza maligna.
d) As identificações que estão previamente presentes no mundo interior de cada um dos pais da criança, com os respectivos conflitos, valores, expectativas e proibições, sendo que, como todos sabemos, tudo isso tende a ser reproduzido nos filhos.
e) A forma como o pai está representado dentro da mãe (e vice-versa) e, portanto, de como a sua figura será transmitida ao filho, e assim introjetada por este. Tal representação tem especial importância na determinação da identidade de gênero e a profissional.
f) Os significados que os educadores conferem aos fatos, atos, sentimentos e palavras que constituem as experiências da vida cotidiana da criança. Por exemplo: uma mãe fobígena emprestará um significado de

perigo-pânico, a qualquer acontecimento natural da vida de cada um (uma tempestade, uma doença, etc.)

g) Os papéis que devem se desempenhados no contexto familiar e social, sendo adjudicados pelos pais aos filhos.

O senso de identidade, como já ressaltamos, não se constitui como um bloco monolítico; pelo contrário, um indivíduo pode estar identificado, total ou parcialmente, com várias figuras diferentes, sendo que, em relação a cada uma delas, pode estar havendo uma identificação com aspectos contraditórios de uma mesma pessoa. Assim, por exemplo, um indivíduo pode estar identificado, ao mesmo tempo, com o lado tirânico e com o lado bondoso de um mesmo pai e assim por diante, em uma complexa rede de combinações. Assim, a identidade de um indivíduo tanto pode ser estável como instável, harmônica ou desarmônica, autêntica ou falsa, de natureza narcisista ou social-ista, etc.

Em termos grupais, é útil registrar pelo menos dois tipos de formação do senso de identidade. Um se refere ao tipo de identidade que é erigida em torno do que conhecemos como um "falso *self*", ou seja, o indivíduo adquire uma personalidade camaleônica, procurando ostentar uma conduta e valores que lhe garantam a aprovação e a admiração dos demais, nem que para tanto apele para algum tipo de impostura. Um segundo tipo de identidade a ser destacado é o de natureza fortemente narcisista. Neste caso, o indivíduo se comportará em grupos sociais de uma forma que lhe garanta, a qualquer custo, a manutenção de sua auto-estima, a qual é forte unicamente na aparência, porquanto ela é frágil na essência. O paciente portador de uma identidade narcisística utilizará as pessoas dos grupos, com quem convive, de uma forma a envolver aqueles que se prestam a lhe devotar uma admiração e uma sujeição incondicionais. Sabemos que os indivíduos predominantemente narcisistas, em sua desesperada luta para que a sua auto-estima não despenque, necessitam: a) Eleger algum atributo que funcione como um fetiche representativo de um grande valor (beleza, poder, prestígio, riqueza). b) A este atributo, o narcisista empresta uma escala de valorização binária, ou seja, ou ele é o melhor ou é o pior, etc. c) Da mesma forma, a identidade narcisística se caracteriza pelo fato de que a parte costuma ser significada como se fosse o todo. Assim, diante da evidência de uma parte do corpo considerada feia (nariz, excesso de peso, etc.), a identidade desse indivíduo pode tomar uma configuração baseada em uma convicção de que ele é totalmente horroroso. Resulta daí que, com facilidade, o seu sentimento de identidade se transmuda para o de uma intensa desvalia, possivelmente acompanhado de um quadro clínico depressivo.

As múltiplas e variadas vicissitudes que acompanham o desenvolvimento dos indivíduos determinam uma maior ou menor patologia da estruturação caracterológica, assim como a formação de detenções evolutivas, de pontos parciais de fixação para futuras regressões, de inibições, sintomas, estereótipos e os mais

diversos quadros clínicos que se formam a partir do tipo e grau de ansiedades e dos mecanismos de defesa que o ego lança mão para contra-arrestá-las.

O Capítulo 3 objetiva, justamente, sumariar como tais estruturas se manifestam na clínica.

Orientação Bibliográfica

1. BLEICHMAR, N. e BLEICHMAR, C. L. *A Psicanálise depois de Freud* — Artes Médicas. 1992.
2. BION, W. R. *Volviendo a Pensar*. 1985.
3. FREUD, S. *Obras Completas*. Ed. Standard Brasileira. 1982.
4. LAPLANCHE, J. e PONTALIS, J. B. *Vocabulário da Psicanálise*. 1970.

2

O GRUPO FAMILIAR

A conceituação de "grupo familiar" vai muito além de um simples somatório de pessoas, com características próprias de cada um separadamente. A família se constitui em um campo dinâmico, no qual agem tanto os fatores conscientes como os inconscientes, sendo que a criança, desde o nascimento, não apenas sofre passivamente a influência dos outros, como, reciprocamente, é também um poderoso agente ativo de modificação nos demais e na estrutura da totalidade familiar.

Em relação aos fatores acima referidos, que participam da dinâmica do grupo familiar e que definem a estruturação psíquica da criança, os seguintes devem ser considerados:

a) As características pessoais da mãe, do pai, e, especialmente, da qualidade da relação entre ambos, sendo que é muito relevante a imagem e a valoração que cada um deles tem em relação ao outro.

Esta família nuclear (mãe-pai-filho) se completa com a presença participativa e interativa de avós, irmãos, tios, eventualmente as empregadas, etc.

b) É útil fazer uma distinção conceitual entre as expressões "família" e "Família". A primeira designa o clássico grupo familiar como o que foi referido no item acima. O conceito de Família (com F maiúsculo) tem uma extensão mais ampla: abrange todo um sistema de valores que cada um dos pais deve cultuar e passar adiante, um sobrenome a zelar que, muitas vezes, carrega o peso de uma tradição de muitas gerações, e uma internalização de objetos, relações objetais, acompanhada dos respectivos conflitos, e que podem se constituir como a marca registrada de uma Família, tal é a sua especificidade caracterológica. (Essa

distinção comumente pode ser observada em brigas de determinados casais, em que a acusação mais freqüente é na base de "... a tua Família é que é louca; são todos grudados uns nos outros", etc. etc.)

c) Cada um dos genitores da criança mantém a internalização de suas respectivas famílias originais, com os correspondentes valores, estereótipos e conflitos. Há uma forte tendência no sentido de que os conflitos não resolvidos pelos pais da criança, com os seus respectivos pais originais, interiorizados (como, por exemplo, os conflitos edípicos de cada um deles) sejam reeditados nas pessoas dos filhos. Isso se processa através de uma troca de papéis, que se efetiva por meio de um inconsciente jogo de reprojeções.

d) Não são somente os conflitos neuróticos (ou psicóticos, psicopáticos, perversos ...) das gerações precedentes da Família que se reeditam nos próprios pais, e dentre eles, e, daí, para os filhos. Também há a transmissão de valores e de significados, tanto os de natureza pulsional (por exemplo: o estímulo excessivo ou o bloqueio da sexualidade ou da agressão), como os egóicos (identificação com certos atributos e capacidades, por exemplo); os provindos do superego (mandamentos e proibições) e do ideal do ego (ambições e expectativas).

e) Assim, o grupo familiar vai se unindo através da interiorização recíproca das internalizações prévias de cada um, de tal maneira que a família, além de sua condição real e concreta, também se configura como sendo uma entidade abstrata.

Essa abstração "família" pode constituir para a criança uma estrutura interna mais importante do que, separadamente, a mãe ou o pai, sendo que, ao mesmo tempo, ela se comporta como um continente e como um vínculo entre os seus membros. Creio ser válida a denominação de "objeto família", o qual, como qualquer outro objeto, está sujeito a sucessivas introjeções e reprojeções.

É comum que cada membro exerça uma exigência para que os outros conservem uma mesma imagem da família, e isso dá origem ao fato de que a Identidade de cada pessoa se apóia na família compartida que os outros têm em si. Assim, faz muita diferença na evolução psíquica de um indivíduo, se a sua família compartida o orgulha ou envergonha, se tem uma tradição a cumprir, ou não, e assim por diante.

f) O grupo familiar nunca é estático, antes, ele comporta-se como um campo grupal dinâmico, onde circulam em todos os níveis, uma rede de necessidades, desejos, relações objetais, ansiedades, mecanismos defensivos, mal-entendidos, afetos contraditórios, etc., sendo necessário destacar dois aspectos essenciais: a estruturação das identificações e a definição de papéis a serem desempenhados dentro da família, e fora dela. A combinação estruturante das identificações e da assunção de

papéis concorrem para a formação da identidade, tanto a individual, como a social.

PAPÉIS DA MÃE

Devido à razão de que estrutura de um grupo terapêutico lembra muito a de um grupo familiar, sendo que a relação do terapeuta com os seus pacientes, especialmente com os mais regressivos, guarda muita semelhança com o de uma interação mãe-filhos, impõe-se a necessidade de nos alongarmos em relação aos principais atributos que caracterizam uma adequada maternagem (Winnicott denomina como "suficientemente boa" aquela mãe que não frustra nem gratifica de forma excessiva) que possibilite um sadio crescimento do *self* da criança.

Assim, uma mãe suficientemente boa, através de suas aptidões, físicas e mentais, deve preencher as seguintes funções:

a) Provedora das necessidade básicas (de sobrevivência física e psíquica: alimentos, agasalhos, amor, contato físico, etc).
b) Propicia um "senso de continuidade" ao filho (contra-arresta as ansiedades de não-integração do bebê e ao mesmo tempo lhe confere a certeza de que ele "continua a existir").
c) Saber estar ausente (e, com isso, promover uma necessária desilusão progressiva)
d) Tolerar a — indispensável — ambivalência de seu filho em relação a ela (e assim propiciar as tão importantes experiências de separação).
e) Ser Continente (das angústias da criança).
f) Empatia (uma forma de comunicação primitiva, baseada em uma sintonia afetiva entre a mãe o bebê).
g) Pára-excitação (a exemplo de um pára-raios, a mãe não deve incrementar as excitações, eróticas por exemplo, de seu filho, pelo contrário, ela as deve manter em um nível compatível com o estado evolutivo do ego da criança).
h) Estabilidade (a mãe deve sobreviver aos ataques destrutivos e às demandas vorazes do filho, sem um revide retaliador e, muito menos, sem sucumbir a um estado de exaustão e de depressão).
i) Importância da palavra da mãe (ela dá nomes e significados aos sentimentos, de toda ordem, que ainda são desconhecidos pela criança e que, por isso mesmo, são muito atemorizantes).
j) "Emprestar" as suas funções de ego (a capacidade de perceber e de pensar, por exemplo, enquanto as de seu filho ainda não estão desenvolvidas).
k) Organizar um código de valores e de significações (éticos, morais, estéticos e ideológicos).

l) Facilitar uma lenta e gradual dessimbiotização (e, assim, abrir um caminho para a entrada em cena de um pai, respeitado e valorizado. A partir daí, a mãe estará promovendo a seu filho a passagem de um estado de narcisismo para o de um social-ismo).

m) Servir como um importantíssimo modelo de identificação.

n) Determinar as inevitáveis frustrações (tão necessárias para um bom desenvolvimento do psiquismo da criança). Sabemos todos que são as adequadas frustrações que promovem a vigência do princípio da realidade, com a indispensável colocação de limites e o reconhecimento de limitações. Da mesma forma, as frustrações promovem um estímulo às funções do ego, especialmente a formação da capacidade de pensar.

O bom ou o mau uso das atribuições da mãe, associado às condições inatas da criança, como, por exemplo, o seu limiar de tolerância às frustrações, é que irá determinar se o crescimento da criança será sadio ou patológico.

Assim, o estudo da patologia da maternagem mereceria um capítulo à parte, tantas são as modalidades de como pode ficar pervertido o vínculo mãe-filho. Os casos mais freqüentes são aqueles em que a mãe toma a criança como sendo uma extensão sua, tanto de natureza sexual como narcisística. No primeiro caso, ela irá propiciar uma precoce e excessiva estimulação erótica, enquanto que, no segundo, a mãe depositará no seu filho as exageradas expectativas narcisistas dela própria, tentando realizar-se através desse filho. Outro tipo de patologia, nada infreqüente, é quando a mãe procura prolongar indefinidamente uma ligação intensamente simbiotizada com a criança, sendo que isto é mais comum em mães que padecem de uma fobia às separações.

PAPEL DO PAI

Em relação ao papel do pai, a primeira consideração que deve ser feita é a de que a maioria das atribuições da mãe são partilhadas pelo pai moderno desde o nascimento do filho, sendo igualmente importante a segurança e a estabilidade que ele dá, ou não, à mãe. No entanto, a ênfase a ser dada ao papel do pai incide no fato de que a sua presença — física e afetiva — é de fundamental importância no processo de separação-individuação referente à díade mãe-filho. Em outras palavras, é o pai que, no papel de terceiro, interpondo-se como uma cunha normativa e delimitadora entre a mãe e o bebê, irá propiciar a necessária passagem de Narciso para Édipo.

Um pai excessivamente ausente, ou déspota, ou desvalorizado (neste caso, em grande número de vezes, isso ocorre devido ao discurso denegridor da mãe) impedirá que a criancinha se volte para ele e o inclua no campo afetivo triangular. Uma decorrência direta da qualidade desta triangulação edípica é a importância do pai como figura de identificação sexual, tanto para o menino, como para menina.

As fantasias inconscientes que se formam em torno da cena primária, e que vêm a desempenhar uma decisiva importância na tão importante resolução do complexo edípico, dependem diretamente do comportamento dos pais e de como cada um desses, por sua vez, resolveu em si próprio os mesmos conflitos. Uma vez ultrapassada a ligação simbiótica com a mãe (devido à necessária presença castratória do pai), e resolvido o conflito edípico, a criança, mais assegurada em sua identidade, pode renunciar à mãe como seu interesse exclusivo, e abrir-se para uma socialização com o pai, irmãos e amizades.

IRMÃOS

A literatura especializada nem sempre costuma valorizar a influência recíproca entre os irmãos. No entanto, ela é de capital importância na estruturação dos indivíduos e do grupo familiar.

Pode-se dizer que os irmãos funcionam como objetos de um duplo investimento: o primeiro é o que diz respeito às conhecidas reações afetivas do amor e amizade, mescladas com sentimentos de inveja, ciúmes, rivalidade, etc. O segundo investimento consiste em um — defensivo — deslocamento nos irmãos de pulsões libidinosas que primariamente seriam dirigidas aos seus pais. Assim, é comum observar situações em que os irmãos criam camufladas brincadeiras erógenas entre si; ou quando um irmão torna-se um zeloso e enciumado guardião dos namoros de sua irmã mais velha; ou quando adota uma postura maternal em relação a um irmão (ou irmã) mais moça; ou na situação em que se manifesta uma acentuada regressão a níveis das necessidades que estão sendo gratificadas pela mãe para um irmãozinho caçula, ou doente, e assim por diante.

Por outro lado, não é raro observar que a um irmão é dado substituir um outro, já falecido (ou abortado), de quem deve herdar tudo o que os pais esperavam daquele, como, por exemplo, nome, gênero sexual, expectativas, etc. Da mesma forma, pode-se observar o fato de que um, dentre os irmãos, desempenhe junto a um outro, o papel de um "duplo", assim complementando para este irmão — e vice-versa — tudo o que este não consegue fazer ou ter, como é o caso da diferença dos sexos, por exemplo. Por vezes, essa condição de duplo adquire tal intensidade que ambos não conseguem se separar, e se envolvem em uma típica *folie a deux*, sendo que a ruptura dessa ligação simbiótica, especialmente na adolescência, pode trazer conseqüências graves para um dos dois.

Uma outra situação bastante comum é a encontrada nos indivíduos que se sabotam ou se deprimem diante de seus sucessos na vida adulta, nos casos em que eles tenham irmãos malsucedidos, o que se deve às culpas inconscientes por terem concretizado o triunfo de uma velha rivalidade, na qual provavelmente tenha prevalecido a inveja e o ódio.

São muitos os mitos bíblicos que se referem diretamente aos conflitos entre irmãos — como, por exemplo, entre outros, os de Caim e Abel, de Esaú e Jacob,

e de José e seus irmãos — sendo que todos eles se constituem em um rico manancial para o entendimento da importância da patologia entre irmãos, dentro de um contexto de grupo familiar.

ORIENTAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

1. JEAMMET, P. e outros. *Manual de Psicologia Médica.* 1989.
2. MAHLER, M. e outros. *O nascimento psicológico da criança.* 1975.
3. MELLO FILHO, J. *O Ser e o Viver.* Uma visão da obra de Winnicott. 1989.
4. WINNICOTT, D. *Da Pediatria à Psicanálise.* 1978.

3

UMA REVISÃO SOBRE AS PRINCIPAIS SÍNDROMES CLÍNICAS

As estruturas caracterológicas, as inibições e os sintomas que configuram as síndromes clínicas resultam de um jogo dialético entre as relações objetais, as ansiedades e, para contra-arrestá-las, o tipo de mecanismos de defesa que são utilizados pelo ego. Pode-se dizer que fazer um diagnóstico clínico implica em fazer uma análise sintática de como se articulam entre si as diferentes partes e níveis das várias subestruturas psíquicas, sendo que, de início, é necessário estabelecer uma distinção entre sintoma, inibição e caráter.

Quando falamos em *sintoma*, estamos nos referindo a um estado de sofrimento que o paciente acusa, e do qual está querendo se ver livre, porquanto ele o sente como um corpo estranho a si.

O termo *caráter* designa um estado, organizado, da mente e da conduta que, por mais sofrimentos que possa estar causando aos outros, ou de prejuízos para si mesmo, é vivido pelo próprio indivíduo, como sendo sintônico com a sua pessoa; portanto, sem sofrimento.

A *inibição* é um estado que tanto pode ser a preliminar de um sintoma que está se organizando como pode já estar constituído como um permanente traço de caráter.

Uma das tarefas mais importantes de um terapeuta, quando o objetivo do tratamento visa à obtenção de mudanças caracterológicas, consiste em transformar a maneira de como o pacientes sente o que se passa consigo, ou seja, a de que um traço caracterológico egossintônico, passe a ser sentido de uma forma egodistônica. Exemplificando: um paciente diz que não participa de grupos sociais simplesmente porque "não gosta de estar com gente". Enquanto ele persistir com essa racionalização, trata-se de um traço de caráter, apesar de visível aos outros, que é uma forma de inibição. Se o terapeuta conseguir fazê-lo sentir angústia

diante do fato de que o "não gostar" de gente está, na verdade, encobrindo um "medo" de estar com gente, houve a conversão para a vivência de um sintoma, no caso, fóbico, sendo que esse *insight* pode abrir caminho para uma verdadeira mudança.

O esquema nosológico que aqui será utilizado não tem o compromisso de seguir o rigor científico do DSM e, muito menos, a pretensão de ser completo. É um esquema altamente simplificador e visa tão-somente estabelecer com o leitor uma comunicação conceitual que mantenha uma uniformidade semântica.

Dessa forma, os distúrbios caracterológicos e as doenças mentais podem ser classificados em quatro grandes grupos: Neuroses, Psicoses, Distúrbios de Conduta e Doenças Psicossomáticas.

As considerações que seguem, pretendem apresentar um apanhado geral e sintético de cada uma das quatro espécies acima classificadas, com as respectivas subclassificações, e suas respectivas características principais, sempre tendo em vista o fato de que para se ter uma boa compreensão do que se passa no nível grupal, é indispensável o conhecimento do psiquismo dos indivíduos.

I. NEUROSES

Os pacientes portadores de estruturas neuróticas se caracterizam pelo fato de apresentarem algum grau de sofrimento e de desadaptação em alguma (ou mais de uma) área importante de sua vida: a sexual, familiar, profissional ou social. No entanto, apesar que o sofrimento e prejuízo, em alguns casos, possa alcançar um nível de gravidade, os indivíduos neuróticos sempre conservam uma razoável integração do *self*, e uma boa capacidade de juízo crítico e de adaptação à realidade. Outra característica dos estados neuróticos é a de que os mecanismos defensivos utilizados não são tão primitivos como, por exemplo, aqueles presentes nos estados psicóticos.

Pode-se discriminar cinco tipos de estruturas neuróticas: de Angústia, Histeria, Obsessivo-compulsiva, Fobia e Depressão.

1. **Neurose de Angústia.** Trata-se de uma síndrome clínica que se manifesta através de uma angústia livre, quer sob a forma de um estado permanente, ou pelo surgimento em momentos de crise. Em outras palavras, a ansiedade do paciente se expressa por equivalentes somáticos (como uma opressão pré-cordial, taquicardia, dispnéia, etc.) e por uma indefinida e angustiante sensação de medo de que possa vir a morrer, enlouquecer, ou da iminência de alguma tragédia.

Na maioria das vezes, tais sintomas indicam que está havendo uma falha do mecanismo de repressão, diante de um — traumático — excesso de estímulos, externos e/ou internos. Nos quadros clínicos em que prevalece uma recorrência de episódios de crises de angústia, é necessário que se levante a hipótese que esteja se tratando da síndrome conhecida como "doença do pânico", a qual cos-

tuma responder muito bem a uma medicação específica, que pode ser utilizada simultaneamente com a continuidade da psicoterapia.

2. **Neurose de Histeria.** De início, é preciso consignar que o termo "histeria" costuma abarcar um largo espectro de conceitualização, que vai desde um pólo de uma simples indicação de alguns traços caracterológicos, derivados de uma baixa tolerância às frustrações, (e que, portanto lembram o comportamento de uma criancinha), até o outro pólo de uma grave síndrome própria de um estado psicótico.

Em termos clínicos, costuma-se dividir as neuroses histéricas em dois tipos: as *dissociativas* (por exemplo sonambulismo, personalidade múltipla, escrita automática, estados de "transe", crepusculares, ou de *belle indiference*, etc.) e as *conversivas* (os conflitos se convertem em manifestações corporais, através dos órgãos dos sentidos — como no caso da cegueira, ou surdez histérica — e através do sistema nervoso da vida voluntária, como ocorre nos conhecidos casos de parestesias ou de paralisia histérica, etc.)

A estruturação histérica, em linhas gerais, se fundamenta nas seguintes características:

a) Um caráter histérico, devido à sua grande plasticidade de manifestação é difícil de ser descrito; porém é fácil de ser reconhecido. Fundamenta-se em um tipo de comportamento que, conforme foi dito, lembra o de uma criança insegura e cheia de caprichos coabitando em um corpo adulto.
b) Muitas vezes ele se organiza contra um possível surgimento de uma temida depressão ou erupção psicótica, que esteja subjacente. Assim, a estrutura histérica se constitui como um combinado de negação (de verdades intoleráveis), de um limiar muito baixo às frustrações e de uma sensação de catástrofe iminente.
c) Comumente, o mecanismo de defesa predominante é o da Repressão que se institui contra o reconhecimento das fantasias edípicas. Pode-se dizer que a sexualidade do histérico é de natureza oral (pré-genital), enquanto a sua oralidade costuma adquirir uma forma sexualizada.
d) O fato acima se deve à razão de que a histeria se estrutura em torno de uma combinação, e uma certa confusão, entre uma permanente busca "pelo seio da mãe" e a do "pênis do pai".
e) A fim de negar a verdade psíquica intolerável ou proibida, a pessoa histérica costuma usar os recursos de sedução (para conseguir esse seio ou pênis) e o de persuasão (para provar a sua tese). Da mesma forma, a regra é que ela faça uma "identificação histérica", com algum objeto do plano imaginário.
f) Virtualmente sempre detectamos no neurótico histérico a influência exercida por uma mãe histerogênica, a qual, na educação da criança, exacerbou os sentimentos de dependência, avidez, inconstância e uma preferência pelo mundo da ilusão. Quando é o caso de mulher histérica,

o habitual é que tenha havido a presença de um pai sedutor que valorizou (e hiperexcitou) a sexualidade da menina.

g) Além do ganho primário (manter a repressão dos desejos proibidos), a neurose histérica possibilita a obtenção de um ganho secundário, isto é, a própria doença se constitui como uma forma de manipular o meio circundante no sentido de ser gratificada (e premiada) com a obtenção de ganhos, vantagens, além de demonstrações de atenção e preocupação dos demais.

h) No curso do tratamento psicoterápico, o discurso do paciente histérico tem uma característica típica: ele emprega termos superlativos e é rara a sessão em que não conte, freqüentemente sob uma forma dramática, o "drama do dia", no qual esse paciente sempre aparece como tendo sido vítima da incompreensão e da injustiça por parte dos outros.

i) No vínculo com o terapeuta, é comum que o neurótico histérico apresente os seguintes aspectos: recorre à busca de uma idealização recíproca para provar a sua perfeição (logo, confirma que ele é vítima da maldade dos outros); quer convencer o terapeuta a abandonar a sua técnica de neutralidade (muitas vezes o acusa de ser um "covarde"); projeta no terapeuta os seus aspectos narcísicos e histéricos e fica com a convicção de estar vivendo uma situação de um "grande amor" com aquele; mantém uma dissociação de suas partes doentes, fazendo o terapeuta crer que ele está sadio. Por todas essas razões, é evidente que o aspecto contratransferencial adquire uma importância fundamental no tratamento da neurose histérica.

3. **Neurose Fóbica.** Da mesma forma que nas histerias, também a estruturação fóbica (e, de resto, as demais formas de neuroses) se manifesta desde a forma de discretos traços de caráter (através de diversos tipos de inibições) até os de uma doença grave e totalmente incapacitante.

As características mais marcantes são as seguintes:

a) No mínimo, um dos pais, geralmente a mãe, de alguma forma são, ou foram, fóbicos, e transmitiram um discurso de natureza fobígena (na base de: "cuidado, é perigoso").

b) Praticamente sempre constatamos que ocorreu uma intensa relação simbiótica com a mãe, com evidente prejuízo na resolução das etapas da fase evolutiva da separação-individuação. Na prática clínica, é fácil observar a persistência desse vínculo simbiótico com a mãe, quer esta seja a real ou a que está internalizada. Correlato a isso, a figura do pai quase sempre foi (comumente, a partir da mãe) desvalorizada e excluída.

c) Ansiedade que está presente é a que está ligada às separações e, subjacente a esta, há a tensão inerente à ansiedade de aniquilamento.

d) Na clínica, os estados fóbicos geralmente vêm acompanhados de manifestações paranóides e obsessivas e sempre estão encobrindo uma depressão subjacente.

e) Tanto ou mais do que a sexualidade, sempre encontramos uma má elaboração das pulsões agressivas.

f) Há uma acentuada tendência a manifestações de natureza psicossomática.

g) Basicamente o que define uma condição fóbica é o uso, por parte do paciente, de uma "técnica de evitação" de todas as situações que lhe pareçam perigosas. Essa sensação de perigo decorre do fato de que a situação exterior fobígena (por exemplo, um elevador, um avião, etc.) está sendo o cenário onde estão dissociados, projetados, deslocados e simbolizados as pulsões e os afetos internos, representados no ego como perigosos.

h) Por saber da irracionalidade de seus sintomas, o indivíduo fóbico desenvolve uma "técnica de dissimulação", por vezes até o nível de um falso *self*, tal é o grau de sua culpa, vergonha e humilhação diante de seus temores ilógicos. Muitas outras vezes, a fobia não aparece manifestamente, e ela somente pode ser detectada através de seu oposto, isto é, de sua conduta contrafóbica.

i) Outra característica marcante consiste na "regulação da distância afetiva" com as pessoas muito significativas de seu convívio mais íntimo: assim, ele não fica nem próximo demais para não correr o risco de vir a ser "engolfado" e nem tão longe que possa correr o risco de perder o vínculo e o controle sobre o outro.

j) Há, sempre, uma escolha de pessoas que se prestem ao papel de acompanhantes e de continuadores da fobia. Essa é a razão pela qual determinadas características fóbicas, em certas famílias, se perpetuam durante gerações. É útil assinalar que a grande "união" que muito casais e famílias se vangloriam de possuir ("estamos sempre juntos, nunca nos separamos para qualquer circunstância, etc") muitas vezes pode estar expressando uma modalidade fóbica, na qual predomina a técnica de controle mútuo.

k) Na prática psicoterápica costuma ocorrer que os pacientes fóbicos, como uma forma de regular a distância com o seu terapeuta, faltem a muitas sessões, ou apresentem outros tipos de resistências, sendo que não é rara a possibilidade de que façam um tratamento "descontinuado", ou seja, com uma alternância de muitas interrupções e outras tantas retomadas, quase sempre com o mesmo terapeuta.

4. **Neurose Obsessivo-Compulsiva.** Como sabemos, o termo "obsessão" refere-se aos pensamentos que, como corpos estranhos, atormentam o indivíduo e, por sua vez, o termo "compulsão" designa aos atos motores que o neurótico executa como uma forma de contra-arrestar a pressão dos referidos pensamentos.

As seguintes particularidades merecem ser enfatizadas:

a) A manifestação caracterológica mais típica dos indivíduos obsessivo-compulsivos consiste em uma demasiada preocupação com a ordem, limpeza, disciplina, além de outras de natureza afim. Em suma, o ego dessa pessoa não é livre, porquanto ele está submetido a um superego rígido e punitivo que, sob o peso de sérias ameaças, o obriga a cumprir determinados mandamentos ou proibições.

b) Os mecanismos defensivos mais utilizados pelo ego para poder sobreviver à carga das ameaças são os de anulação (desfazer o que foi feito, sentido, ou pensado), de isolamento (isolar o afeto da idéia), de racionalização e intelectualização, além daqueles de formações reativas. Assim, a presença compulsória e recorrente de certos pensamentos obsessivos visam justamente anular outros que estão significados como proibidos.

c) Pode-se dizer que há dois tipos de estruturação obsessivo-compulsivo: uma se manifesta sob uma forma passiva (corresponde à fase anal retentiva) e a outra forma é de natureza ativa (corresponde à fase anal expulsiva). A primeira é própria dos indivíduos que evidenciam uma intensa submissão perante as pessoas que são submetedoras e controladoras, sendo que estas pertencem ao segundo grupo.

d) Os obsessivos do tipo "passivo-submetidos" apresentam uma necessidade enorme em agradar (melhor seria dizer: não desagradar) a todas as pessoas, devido à sua intensa ansiedade em vir a perder o amor destas. Por essa razão, um traço patognomônico de tais indivíduos é o de uma ambivalência constante e o de um torturante estado de dúvida diante da tomada de qualquer tipo de decisão.

e) Os indivíduos obsessivos de natureza "ativo-submetedoras" podem ser reconhecidos como aqueles que fazem do uso do poder o valor mais importante de suas vidas. Para tanto, eles exercem sobre os demais um domínio tirânico e sádico, através de uma absoluta intolerância às eventuais falhas, limitações e erros dos outros, aos quais sempre impõem as suas verdades.

f) Em ambos os tipos de neuróticos obsessivo-compulsivos, há uma permanente presença de pulsões agressivas malresolvidas, de um superego rígido e, muitas vezes, cruel ante a desobediência de suas determinações; e de um ideal do ego cheio de expectativas a serem cumpridas. É fácil concluir que tudo isso concorre para a vigência de um constante e fustigante sentimento de culpa.

g) Os pontos de fixação, o curso do desenvolvimento da personalidade, estão predominantemente arraigados na fase anal-sádica e, daí, se estruturam os traços, ou sintomas, de obstinação, teimosia, controle rígido, escrupulosidade, ambição, mania de colecionar, intolerância a sujeiras e a certos odores, conflito entre o dar e o receber, etc.

h) A escolha de suas relações objetais costuma recair em pessoas que se prestem a fazer a complementação dos dois tipos antes descritos, como é, por exemplo, o de uma relação tipo dominador x dominado.

i) Na situação psicoterápica, o risco é o de que o paciente obsessivo consiga fazer prevalecer o seu controle sobre si mesmo e sobre o terapeuta, através do uso de seus habituais mecanismos defensivos: o de um controle onipotente, o deslocamento (para detalhes, que se tornam enfadonhos), a anulação (com o emprego sistemático do "é isto, mas também é aquilo, ou, não é nada disto ..."); a formação reativa (sempre gentil, educado e bem comportado, o paciente não deixa irromper a sua agressão reprimida), o isolamento (pelo uso da intelectualização, ou de uma ruminação obsessiva, desprovida de emoções, etc.). É preciso levar em conta que a força mágica que o neurótico obsessivo empresta aos seus pensamentos e às suas palavras colabora para que o seu ego mobilize as defesas acima.

5. **Neurose Depressiva.** As seguintes características necessitam ser bem conhecidas:

a) As manifestações clínicas mais comuns de um neurótico depressivo consistem no fato de que, em um grau maior ou menor, ele apresenta um estado de desvalia, de desânimo, uma sensação de vazio, uma fácil auto-recriminação e uma forma de resignação pela obrigação de viver (ou de sobreviver). Um sentimento comum a todos os deprimidos é o de uma baixa auto-estima. Uma neurose depressiva pode se apresentar de uma forma cronificada, ou sob a modalidade de agudizações intermitentes. É importante que o terapeuta tenha bem claro o diagnóstico clínico do quadro depressivo, especialmente no que tange à possibilidade de que a depressão possa estar sendo de natureza endógena, em cujo caso o uso associado de uma medicação antidepressiva é de comprovada utilidade.

b) Muitas vezes, o estado depressivo não se manifesta claramente no plano afetivo, e nem mesmo por um humor de tristeza, sendo que os sintomas típicos são substituídos e ficam mascarados por outros equivalentes, como, por exemplo, alguns rasgos de fuga maníaca, alguma forma de adicção, por somatizações, bem como por uma conduta de natureza masoquista, que pode atingir um nível de risco de uma autodestruição.

c) A história genético-dinâmica costuma evidenciar que a mãe desse paciente deprimido também foi uma pessoa depressiva, que não conseguiu funcionar como um adequado continente que pudesse conter as angústias e a agressão de seu filho. Da mesma forma, na história de um paciente deprimido sempre há a vivência de importantes perdas, reais ou fantasiadas.

d) A depressão pode se instalar no indivíduo devido a um forte abalo narcisista, isto é, quando ele não preenche as expectativas de seu ego ideal (a imagem de perfeição que ele tem de si próprio) e as do ideal do ego (as expectativas grandiosas que ele acredita que os outros, representantes dos seus pais, esperam dele)

e) Outro aspecto a considerar é que a pessoa deprimida possa estar auferindo um ganho secundário dessa sua condição, a partir de sua crença de que a dor, o sofrimento e o seu infortúnio representam um passaporte que lhe reassegure a atenção e o afeto dos outros.

f) No curso das psicoterapias, o paciente deprimido representa uma constante fonte de preocupações para o terapeuta, quer pela carga ansiogênica do afeto depressivo e nihilista, quer pelos riscos masoquistas, e até suicidas, que parecem sempre iminentes. A sensação contratransferencial pode ser o de uma sensação de impotência, e daí o risco de que o terapeuta fique identificado com a depressão de seu paciente.

II. PSICOSES

O que define a situação psicótica de um indivíduo é o fato de que, em algum grau de intensidade, ele está rompido com a realidade. Este último aspecto tem um tão largo espectro de possibilidades que justifica a utilização de um esquema simplificador, em três categorias: Condições Psicóticas; Estados Psicóticos e Psicoses propriamente ditas.

a) As *condições psicóticas* dizem respeito à presença de intensos núcleos psicóticos (corresponde ao que Bion denomina de "parte psicótica da personalidade", a qual, em estado latente e em grau moderado, faz parte do mundo interno de qualquer pessoa) que estão subjacentes a certas neuroses, como, por exemplo, as obsessivas, fóbicas ou histéricas graves. Os indivíduos portadores dessas condições psicóticas não evidenciam com nitidez uma ruptura com a realidade, no entanto, eles são potencialmente vulneráveis a essa possibilidade, tendo em vista que eles apresentam um elevado grau de ansiedade, que está contida pela sua organização defensiva adaptativa.

b) Os *estados psicóticos* designam os pacientes que, sem serem francamente psicóticos, apresentam um relevante nível de regressividade. Este tipo de psicotismo aparece na clínica nos estados *borderline*, em personalidades demasiadamente paranóides ou narcisistas, em perversões, psicopatias, drogadições, hipocondrias graves, etc. Do ponto de vista psicanalítico, eles podem ser enquadrados como "pacientes difíceis", termo que está em voga.

c) As *psicoses propriamente ditas* indicam que o juízo crítico e o senso de realidade do indivíduo estão seriamente prejudicados. Em linhas muito gerais, estas psicoses compreendem três tipos: esquizofrenias, psicoses afetivas (também conhecidas como "psicoses maníaco-depressivas") e psicoses orgânicas.

d) As *esquizofrenias*, por sua vez, também apresentam um vasto elastério de tipo, grau e natureza da doença. O termo "esquizofrenia" tanto pode designar uma florida reação psicótica aguda (a qual, se bem manejada, pode ser de um excelente prognóstico, inclusive o de uma plena recuperação e preservação da personalidade sadia), como pode indicar um processo insidioso e sem sintomas ruidosos, mas que podem ser irreversíveis e de péssimo prognóstico.

e) As *psicoses afetivas*, clinicamente, podem ser unipolares (os surtos psicóticos são unicamente de natureza depressiva ou maníaca) ou bipolares (há uma alternância entre as duas formas). A forma maníaca (ou hipomaníaca em que os sintomas nem sempre são claramente percebidos pelos outros) se apóia no clássico tripé: controle, triunfo e desprezo, sendo que, além disso, há uma intensa instabilidade afetiva e uma aceleração do pensamento e da conduta. A forma depressiva, pelo contrário, manifesta-se por uma lentidão e um aplastamento geral, sendo que a auto-estima cai a um grau zero, o que representa um sério risco de suicídio. As psicoses afetivas têm uma nítida etiologia endógena, de natureza constitucional hereditária, e costumam responder bem a um plano terapêutico que combine os recursos da psicoterapia (a de grupo, tem se mostrado ser excelente para estes pacientes), com os modernos psicofármacos, como os antidepressivos e os produtos com sais de lítio.

f) As *psicoses orgânicas* são aquelas que podem resultar de traumatismos cranianos, assim como de acidentes vasculares cerebrais, ou de doenças como a sífilis, ou as degenerativas do tipo arteriosclerose cerebral, doença de Alzeimer, senilidade, etc.

III. DISTÚRBIOS DE CONDUTA

Apesar da ressalva de que a denominação "distúrbio de conduta" seja por demais abrangente, podemos subdividi-la em dois grandes subgrupos: as *psicopatias* e as *perversões*.

Por *psicopatias* (também conhecidas como "sociopatias") designamos o distúrbio psíquico que se manifesta no plano de uma conduta anti-social. Os exemplos mais comuns são os dos indivíduos que roubam e assaltam, mentem e enganam (impostores), seduzem e corrompem, usam drogas e cometem delitos, transgridem as leis sociais e envolvem outros, etc.

A estruturação psicopática se manifesta através de três características básicas: a impulsividade, a repetitividade e o uso prevalente de *actings* de natureza maligna, acompanhados por uma aparente ausência de culpas pelo que fazem.

Algum traço de psicopatia é inerente à natureza humana; no entanto, o que define a doença psicopática é o fato de que as três características acima enfatizadas vão além de um uso eventual; antes, elas se tornam um fim em si mesmas e, além disso, são egossintônicas, muitas vezes idealizadas pelo indivíduo, e são acompanhadas por uma falta de consideração pelas pessoas que se tornam alvos e cúmplices do seu jogo psicopático.

As *perversões*, por sua vez, são habitualmente consideradas como o emprego de padrões de conduta sexual que a sociedade vigente considera como desvios da normalidade. Além dessas, que são as perversões sexuais, também se considera como uma forma de perversão, em um sentido mais amplo, qualquer "desvio" da finalidade precípua de uma determinada função. Em ambos os casos, a explicação clássica é a de que haveria a predominância ativa de alguma pulsão parcial, que ficou fortemente fixada e que não foi suficientemente reprimida. Hoje em dia, não é possível conceber a estrutura perversa como sendo unicamente a persistência de uma pulsão parcial, mas, sim, que é necessário o entendimento de como está se processando nesse paciente a articulação dialética entre as estruturas narcísica e a edípica.

As síndromes clínicas mais comuns da estruturação perversa referentes às pulsões parciais erógenas são: homossexualismo, fetichismo, travestismo, voyeurismo, exibicionismo, pedofilia, intensa promiscuidade donjuanesca ou ninfomaníaca, erotização sadomasoquística, etc. Pela sua alta incidência e por uma larga polêmica que provoca, notadamente o homossexualismo (é doença ou é uma simples e respeitável inclinação do erotismo?), a estrutura perversa tem merecido uma atenção especial por parte dos estudiosos. É necessário fazer uma distinção entre os componentes parciais da sexualidade (fixações na fase evolutiva conhecida como "disposição perverso-polimorfa") de quando os mesmos são praticados como recursos sadios, e preliminares, de uma genitalidade adulta, ou quando estão a serviço de uma perversão. Neste último caso, o uso dessa sexualidade parcial é sempre pré-genital, não funciona como um meio, um recurso erógeno, mas sim como uma finalidade em si mesma, e o indivíduo não consegue ter um controle sobre a sua impulsividade.

No caso das estruturas que fora da área sexual são consideradas perversas, pode-se considerar as drogadições em geral, sendo que o comer compulsivo da obesidade pode ser tomado como um exemplo de uma adicção sem drogas. Da mesma forma, em sua atual abrangência, o conceito de conduta de perversão também se estende ao nível das relações interpessoais, em cujo caso consiste no fato de que houve um desvio, uma subversão da finalidade original de dita relação. Um bom exemplo disso é o da relação paciente-terapeuta, a qual pode ficar pervertida se ela assumir as características de um mútuo envolvimento (tipo erotização, intimidade social, feitura de negócios, etc.). Neste exemplo, o propósito

inicial da busca da psicoterapia — procurar fazer modificações — fica pervertido em: buscar "tratamento" para não fazer mudanças.

É importante deixar claro que uma parcial estruturação perversa de um indivíduo, ou de um grupo, pode não ter nada a ver com o diagnóstico clínico de perversão propriamente dita (desvios da sexualidade pré-genital) e, muito menos, com o rótulo pejorativo de "perverso". Também é necessário acentuar que a conduta perversa não deve ser tomada como sinônimo de psicopatia, apesar de que, muitas vezes, elas podem coexistir num mesmo indivíduo.

Quanto à etiologia da estruturação perversa, admite-se que o principal fator genético repousa na díade simbiótica com a mãe, combinada com uma exclusão do pai. Isso provoca um incremento da onipotência da criança e uma recusa em reconhecer as diferenças de sexo, geração, capacidades, etc. que existem entre ela e os adultos, o pai principalmente.

IV. DOENÇAS PSICOSSOMÁTICAS

Sabemos que há uma íntima interação entre o corpo e a mente: os conflitos psicológicos muitas vezes se expressam através do corpo, sendo que a recíproca é verdadeira. Os distúrbios psíquicos se expressam pela via corporal por três modalidades: conversões, somatizações e hipocondria.

O fenômeno *conversivo*, como o nome diz, corresponde ao fato de que o conflito reprimido se converte em um sintoma corporal, próprio dos órgãos dos sentidos (cegueira ou surdez histérica, etc.), ou da musculatura voluntária (paralisias, espasmos, etc.) sem provocar uma lesão orgânica propriamente dita. Como a conversão é um fenômeno próprio da estruturação histérica, admite-se que o sintoma expressa simbolicamente o conflito que está sendo reprimido.

A *hipocondria* manifesta-se sob a forma de uma preocupação obsessiva com doenças que o indivíduo imagina estarem habitando o seu corpo, juntamente com as fantasias de que a sua vida está ameaçada. São pacientes que freqüentam muito os consultórios médicos e se submetem repetidamente a baterias de exames biológicos. Os sintomas aparecem de forma errática e múltipla e costumam mobilizar a preocupação ou irritação dos circunstantes, sendo que em certos casos atingem o nível de uma escravização dos mesmos. Muitas vezes, uma hipocondria severa indica um sério grau de regressividade, pelo fato de que ela traduz uma primitiva ansiedade de aniquilamento, além de um estado persecutório que tem os órgãos como cenário.

O fenômeno da *somatização* implica no fato de que se forma algum tipo de lesão orgânica, sendo que isso pode ocorrer em praticamente todos os órgãos. Os exemplos são inúmeros: úlcera péptica, retocolite ulcerativa, eczemas, etc.

Ao contrário das conversões, é muito difícil reconhecer nas somatizações, alguma especificidade de significação simbólica do conflito. Na atualidade, principalmente a partir de autores da escola francesa de psicanálise admite-se a forte

possibilidade de que os pacientes somatizadores tenham tido um sério prejuízo em sua capacidade de desenvolver e representar as fantasias inconscientes oriundas das exigências pulsionais e ambientais. Assim, eles sofrem de "alexitimia", ou seja, uma incapacidade de "ler" as suas próprias emoções, e isso se constitui em uma razão a mais para incluí-los entre os pacientes considerados "difíceis".

Vale repisar que a inclusão deste capítulo num livro sobre grupoterapia se deve a duas razões: uma, é a de que não é possível conhecer um grupo sem conhecer bem o que se passa no nível das individualidades. A outra razão é a de que, na etiologia de todas as síndromes psiquiátricas, sempre há a participação interativa do ambiente social, representado principalmente pelo grupo familiar.

ORIENTAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

1. FENICHEL, O. *Teoria Psicoanalítica De Las Neurosis*. 1970.
2. KUIPER, P. C. *Teoria Psicoanalítica De La Neurosis*. 1978.

Segunda Parte

PRINCÍPIOS GERAIS DAS GRUPOTERAPIAS

4

UMA VISÃO HISTÓRICO-EVOLUTIVA DAS GRUPOTERAPIAS

PRINCIPAIS REFERENCIAIS TEÓRICO-TÉCNICOS

A psicologia grupal é resultante da confluência das contribuições provindas da teoria psicanalítica e das Ciências Sociais, através dos ramos da Sociologia, Antropologia Social e da Psicologia Social.

Uma completa revisão da história evolutiva do movimento grupal seria por demais longa, fastidiosa e até confusa, tal é a sua abrangência conceitual, a multiplicidade de suas raízes e a diversidade nas concepções teóricas e aplicações práticas.

Não nos ocuparemos dos macrogrupos, e em relação à evolução dos grupos pequenos vamos nos limitar a uma visão panorâmica, a partir dos principais autores de cada uma de suas múltiplas vertentes: empírica, psicodramática, sociológica, filosófica, operativa, institucional, comunitária, comunicacional, gestáltica, sistêmica, comportamentalista, psicanalítica.

1. **Empírica.** Por contribuição de natureza empírica designamos aquela que é mais fruto de uma intuição e experimentação do que, propriamente, de bases científicas.

Dessa forma, atribui-se a inauguração do recurso grupoterápico a J. Pratt, um tisiologista americano que, a partir de 1905, em uma enfermaria com mais de 50 pacientes tuberculosos, criou, intuitivamente, o método de "classes coletivas", as quais consistiam em uma aula prévia ministrada por Pratt sobre a higiene e os problemas da tuberculose, seguida de perguntas dos pacientes e da sua livre discussão com o médico. Nessas reuniões criava-se um clima de emulação, sendo que os pacientes mais interessados nas atividades coletivas e na aplicação das medidas higienodietéticas ocupavam as primeiras filas da aula.

Esse método que mostrou excelentes resultados na aceleração da recuperação física dos doentes está baseada na identificação desses com o médico, compondo uma estrutura familiar-fraternal e exercendo o que hoje chamaríamos de "função continente" do grupo. Pode-se dizer que tal sistema empírico foi o modelo de outras organizações similares, como por exemplo, a dos "Alcoolistas Anônimos", iniciada em 1935, e que ainda se mantém com uma popularidade crescente.

2. **Psicodramática.** Este método foi criado pelo médico romeno Jacobo Moreno que, em 1930, introduziu a expressão "terapia de grupo". O seu amor pelo teatro, desde a infância, propiciou a utilização de uma importante técnica grupal, que será um pouco mais detalhada no Capítulo 6.

3. **Sociológica.** A vertente sociológica é fortemente inspirada em Kurt Lewin, criador do termo "dinâmica de grupo", que substitui o conceito de "classe" pelo de "campo". Este autor, a partir de 1936, concentra todos os seus esforços no sentido de integrar as experiências do campo das ciências sociais ao dos grupos. Para tanto, criou "laboratórios" sociais com a finalidade de descobrir as leis grupais gerais que regem a vida dos grupos humanos e a de diagnosticar uma situação grupal específica. São relevantes os seus estudos sobre a estrutura psicológica das maiorias e das minorias, especialmente as judaicas. Da mesma forma são importantes suas concepções sobre o "campo grupal" e a formação de papéis. Para K. Lewin, qualquer indivíduo, por mais ignorado que seja, faz parte do contexto do seu grupo social, o influencia e é por este fortemente influenciado e modelado.

4. **Filosófico-existencial.** A contribuição dos filósofos e literatos à compreensão da dinâmica grupal, pode ser sintetizada na obra de J. P. Sartre. Esse autor, em seu último escrito filosófico-existencialista, *Crítica da razão dialética*[19], em 1960, ocupa-se basicamente com as questões da liberdade e com a das responsabilidades, individual e coletiva, bem como do jogo dialético entre ambas. Para tanto, ele estudou o processo de formação dos grupos, em especial no que diz respeito à formação da "totalidade grupal", a qual se comporta como uma nova unidade, ainda que jamais totalmente absoluta. Partem daí as suas importantes concepções acerca da "serialidade", que serão abordadas no próximo capítulo. Ademais, Sartre em *Hui-Clos* (na versão brasileira: *Entre quatro paredes*) ilustra, de forma magnífica, como os três personagens interagem de acordo com as leis grupais e com as leis do mundo interior de cada, aos quais eles estão irreversivelmente presos.

5. **Grupos operativos.** O grande nome nessa área é o do psicanalista argentino Pichon Rivière[17] que, partindo de seu "Esquema conceitual referencial operativo" (ECRO) aprofundou o estudo dos fenômenos que surgem no campo dos grupos que se instituem para a finalidade não de terapia, mas, sim, a de operar numa determinada tarefa objetiva, como, por exemplo, a de ensino-aprendizagem.

A partir das postulações de Pichon Rivière, abriu-se um vasto leque de aplicações de grupos operativos que, com algumas variações técnicas, são conhecidos por múltiplas e diferentes denominações.

6. **Institucional.** O autor que mais estudou as organizações institucionais foi Elliot Jacques([12]), psicanalista inglês de formação kleiniana. Ele concebe que as instituições, da mesma forma que os sistemas sociais, se estruturam como defesas contra as ansiedades persecutórias e depressivas. Jacques enfatiza as subjacentes fantasias inconscientes, bem como o jogo das identificações projetivas e introjetivas entre os membros das instituições e que são as responsáveis pela distribuição dos papéis e posições. Partindo desse enfoque, e de novos referenciais teóricos de outros autores, a moderna psicologia organizacional vem adquirindo uma sólida ideologia específica e uma crescente aceitação.

7. **Grupos comunitários.** Deve-se, principalmente, a Maxwell Jones o aproveitamento de todo o potencial terapêutico (ambientoterapia) que emana dos diferentes grupos que estão presentes no ambiente de uma instituição assistencial — um hospital psiquiátrico, por exemplo — e que totalizam o que ele denominou de "comunidade terapêutica".

Na década 40, Foulkes foi o criador de uma importante comunidade terapêutica no Northfield Hospital.

8. **Comunicacional-interacional.** Esta vertente vem ganhando uma importância cada vez maior entre todos os interessados em grupos. Muitos são os estudiosos que têm esclarecido a semiótica, a sintaxe e a semântica da normalidade e da patologia da comunicação, tanto a verbal como a não-verbal. É justo, no entanto, destacar os trabalhos de D. Liberman, psicanalista argentino, nos quais ele estuda os diferentes estilos lingüísticos que permeiam as inter-relações humanas.

9. **Gestáltica.** O fundador da Gestalterapia é Frederik Perls, que se baseia no fato de que um grupo se comporta como um catalizador: a emoção de um desencadeia emoções nos outros, e a emoção de cada um é amplificada pela presença dos outros. A gestalterapia empresta grande importância à tomada de consciência do comportamento não verbal dos elementos de grupo, e daí eles utilizam um elevado número de exercícios que possibilitam a melhora da percepção e da comunicação interacional.

10. **Teoria sistêmica.** Base da moderna terapia da família, essa teoria, como o nome sugere, concebe a família como um sistema em que os seus diversos componentes se dispõem numa combinação e hierarquização de papéis que visa, sobretudo, manter o equilíbrio do grupo. Voltaremos ao assunto no Capítulo 21.

11. **Cognitivo-Comportamental.** A corrente comportamentalista parte do princípio de que o importante não é o acesso e a abordagem da conflitiva incons-

ciente profunda dos pacientes; antes, ela preconiza a relevância de que o paciente deva tomar um claro conhecimento da sua conduta consciente, em relação ao seu grupo social. A partir daí, são utilizadas as variadas técnicas de reeducação.

12. **Teoria psicanalítica.** De forma direta ou indireta, inúmeros psicanalistas pertencentes a diferentes correntes e gerações têm contribuido decisivamente para a compreensão e utilização da técnica grupal. No entanto, é de justiça destacar três deles: Freud, Bion e Foulkes.

Freud, por quem começa qualquer vertente psicanalítica construiu o sólido edifício teórico-técnico (descoberta do inconsciente dinâmico, ansiedades, regressão, complexo de Édipo, formação do superego, etc.) que, indiretamente, se constitui como o alicerce básico da dinâmica grupal. Aliás, ele assinalou que a "psicologia individual e a psicologia social não diferem em sua essência"(8). Apesar de Freud nunca ter praticado ou recomendado a grupoterapia (sua única referência mais direta é o elogio que fez ao psicanalista Simmel, pelo seu trabalho com grupos de neuróticos de guerra, em 1914), ele trouxe valiosas contribuições específicas à psicologia dos grupos humanos em cinco trabalhos: *As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica* (1910); *Totem e Tabu* (1913); *Psicologia das massas e análise do ego* (1921); *O futuro de uma ilusão* (1927); *Mal-estar na civilização* (1930).

Já no trabalho de 1910(6), Freud revela uma de suas geniais previsões ao conceber que "... o êxito que a terapia passa a ter no indivíduo haverá de obtê-la igualmente na coletividade". Em *Totem e Tabu*(7), ele nos mostra que, por intermédio do inconsciente, a humanidade transmite as suas leis sociais, assim como estas produzem a cultura. No entanto, o seu trabalho de 1921(8) é considerado como particularmente o mais importante para o entendimento da psicodinâmica de grupos. Nesse trabalho, Freud faz as seguintes abordagens: uma revisão sobre a psicologia das multidões, os grandes grupos artificiais (igreja e exército), os processos identificatórios (os projetivos e os introjetivos), as lideranças e as forças que influem na coesão e na desagregação dos grupos.

Melanie Klein também nunca fez qualquer referência direta a grupos, mas a sua concepção acerca do fenômeno da identificação projetiva (1946) possibilitou uma compreensão bastante mais clara acerca do inter-relacionamento entre as pessoas e abriu um enorme campo de investigações na área.

Coube a Bion(3) nos anos 40, aplicar os princípios kleinianos para o entendimento das experiências que ele realizou com grupos, e das quais extraiu os seus importantes e bem conhecidos conceitos. Exemplos disso: a oposição entre o que chama de "grupo de trabalho" (consciente) e os "supostos básicos" (inconscientes), a "mentalidade grupal", a noção de "grupos sem líder", a "mudança catastrófica" que surge quando o *establishment* se vê ameaçado por uma idéia nova, etc., etc. Apesar de que Bion costuma ser mais conhecido pelos seus trabalhos com grupos, é preciso esclarecer que essa é uma parte menor de sua obra, que ficou

restrita a tais experiências iniciais da década 40 e nunca mais ele voltou a empregar a prática grupal.

No entanto, sob a inspiração dos mecanismos psicóticos inconscientes que ele observou subjacentes nos grupos, Bion, na década 50, dedicou-se à análise e ao estudo de pacientes esquizofrênicos e, a partir daí, nos anos 60, floresceram, entre outras, as suas geniais investigações sobre os processos do pensamento, do conhecimento (ou desconhecimento) das verdades e o da experiência emocional-interacional no vínculo analista-analisando, etc. Estas conceituações são, hoje, consideradas de fundamental importância para os grupoterapeutas.

Durante a década de 30, P. Schilder e S. R. Slavson começaram a praticar uma forma de psicoterapia psicanalítica num enquadre grupal, no qual a ênfase interpretativa incidia sobre o indivíduo, *no* grupo, ao invés de ser na totalidade *do* grupo, como anos mais tarde passou a ser preconizado.

Considera-se, no entanto, como sendo Foulkes([5]) quem, em Londres, em 1948, inaugurou a prática da psicoterapia psicanalítica de grupo, com enfoque gestáltico. Para ele o grupo se organiza como uma nova totalidade, diferente da soma dos indivíduos. O autor introduziu uma série de conceitos e postulados que serviram de principal referencial de aprendizagem a sucessivas gerações de grupoterapeutas, sendo que ele é considerado o líder mundial da psicoterapia analítica de grupo.

Na década 60, começam a surgir os trabalhos sobre a dinâmica dos grupos, por parte de psicanalistas da Escola Francesa([13]), principalmente Didier Anzieu e Rene Kaes, os quais aportam os importantes conceitos de "ilusão grupal" e o de "aparelho psíquico grupal". A ilusão grupal consiste em uma sensação de que o grupo, por si só, completará as necessidades de cada um e de todos. Corresponde ao "espaço transicional", de Winnicott, que medeia a passagem do nível do imaginário ao da realidade. É uma fase inevitável de todo grupo, e vai exigir um trabalho de desprendimento com respeito à necessidade de uma desilusão das ilusões. Por outro lado, Anzieu parte da idéia de que em toda situação grupal, de qualquer natureza que esse seja, os processos inconscientes são os mesmos. O aparelho psíquico grupal existe, e está dotado das mesmas instâncias que o individual, mas não dos mesmos princípios de funcionamento.

A partir desses dois autores, o edifício que abriga as grupoterapias começa a adquirir alicerces referenciais teóricos específicos e a caminhar para uma identidade própria.

No Brasil, a psicoterapia de grupo de inspiração psicanalítica teve começo com A. B. Bahia([1]), cuja técnica inicial consistia em reproduzir o modelo da psicanálise individual, separadamente, para cada um dos componentes do grupo, sendo que, ao final, fazia uma síntese abrangente da totalidade grupal. Outros nomes importantes e pioneiros são os de W. I. Oliveira (referencial kleiniano) e W. Kemper (freudiano ortodoxo), no Rio de Janeiro, de Blay Neto, L. Miller de Paiva e o O. R. Lima, em São Paulo, e os de Cyro Martins, David Zimmermann e Paulo Guedes, em Porto Alegre.

Orientação Bibliográfica

1. BAHIA, A. B. "Experiência Psicoanalítica em Psicoterapia de Grupo". Em: Medicina, Cirurgia e Farmácia. pp. 220, 233. 1954.
2. BAREMBLIT, G. "Notas estratégicas a respeito da orientação da dinâmica de grupos na América Latina". Em: *Grupos. Teoria e Técnicas.* pp. 7-10. 1982.
3. BION, W. *Experiências em Grupos.* 1970.
4. CÂMARA, M. "História da Psicoterapia de Grupo". Em: *Grupo Sobre Grupo.* pp. 21-36. 1987.
5. FOULKES, S. H.; ANTHONY, E. J. "Vista Panorâmica Introdutória". Em: *Psicoterapia Psicanalítica de Grupo.* pp. 15-46. 1964.
6. FREUD, S. "As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica". Stand. Edit. Vol. XI.
7. ——— . *Totem e Tabu.* Vol. XIII.
8. ——— . *Psicologia das Massas e análise do Ego.* Vol. XVIII.
9. ——— . *O futuro de uma ilusão.* Vol. XXI.
10. ——— . *Mal-estar na civilização.* Vol. XXI.
11. GRIMBERG, L; Rodrigué, E.; LANGER, M. "História y Encuadre de la Psicoterapia Del grupo". Em: *Psicoterapia Del Grupo.* pp. 19-35. 1957.
12. JACQUES, E. "Los Sistemas Sociales como Defensa contra las Ansiedades Persecutória y Depresiva". Em: *Nuevas Direcciones en Psicoanalisis.* pp. 458-477. 1965.
13. LEITÃO, M. B. "Didier-Anzieu-Notas para uma leitura de sua teoria sobre grupos". Em: *Grupos. Teoria e Técnica.* pp. 127-136. 1982.
14. LEWIN, K. *Problemas de Dinâmica de Grupo.* 1948.
15. MAILHIOT, G. B. *Dinâmica e Gênese dos Grupos.* 1977.
16. MORENO, J. *Psicodrama.* 1978.
17. PICHON — RIVIÈRE. El *Processo Grupal — del psicoanalisis a la psicología social.* 1977.
18. RIBEIRO, J. P. Psicoterapia Grupoanalítica. Abordagem Foulkiana. Teoria e Técnica. 1981.
19. SARTRE, J. P. "Del grupo a la historia". Em: *Critica de la razón dialéctica.* 1973.
20. ZIMMERMANN D. "Fatos e Teoria em Psicoterapia de Grupo". Em: *Estudos Sobre Psicoterapia Analítica de Grupo.* pp. 23-42. 1971.

5

IMPORTÂNCIA E CONCEITUAÇÃO DE GRUPO

Da mesma forma como há, na Química, uma relação entre átomo e molécula ou, na Física, entre massa e energia (matéria e campo) ou, ainda, na Biologia, entre célula-tecido-órgão e sistema, também no campo das relações humanas há uma interação e comunicação entre os indivíduos e a totalidade grupal e social.

O ser humano é gregário, e ele só existe, ou subsiste, em função de seus inter-relacionamentos grupais. Sempre, desde o nascimento, ele participa de diferentes grupos, numa constante dialética entre a busca de sua identidade individual e a necessidade de uma identidade grupal e social.

Um conjunto de pessoas constitui um *grupo*, um conjunto de grupos e sua relação com os respectivos subgrupos se constitui em uma *comunidade* e um conjunto interativo das comunidades configura uma *sociedade*.

A importância do conhecimento e a utilização da psicologia grupal decorrem justamente do fato de que todo indivíduo passa a maior parte do tempo de sua vida convivendo e interagindo com distintos grupos. Assim, desde o primeiro grupo natural que existe em todas as culturas, a família, onde o bebê convive com os pais, avós, irmãos, babá, etc. e, a seguir, passando por creches, maternais e bancos escolares, além dos inúmeros grupinhos de formação espontânea e os costumeiros cursinhos paralelos, a criança estabelece vínculos grupais diversificados. Tais agrupamentos vão se renovando e ampliando na vida adulta, com a constituição de novas famílias e de grupos associativos, profissionais, esportivos, sociais, etc.

É muito vaga e imprecisa a definição do termo "grupo", pois ele pode designar conceituações muito dispersas, num amplo leque de acepções. Assim, Grupo tanto define, concretamente, um conjunto de três pessoas (para muitos autores, uma relação bipessoal, já configura um grupo), como também pode conceituar

uma família, uma turminha ou gangue de formação espontânea, uma composição artificial de grupos como, por exemplo, o de uma classe de escola ou um grupo terapêutico; uma fila de ônibus; um auditório; uma torcida num estádio; uma multidão reunida num comício, etc. Da mesma forma, a conceituação de Grupo pode se estender até o nível de uma abstração, como, por exemplo, o conjunto de pessoas que, compondo uma audiência, está sintonizado num mesmo programa de televisão ou pode abranger uma nação, unificada no simbolismo de um hino ou de uma bandeira, e assim por diante.

Existem, pois, grupos de todos os tipos, e uma primeira subdivisão que se faz necessária é a que diferencie os grandes grupos (pertencem à área da macrosociologia) dos pequenos grupos (micropsicologia). Em relação a estes últimos, também se impõe a distinção entre grupo propriamente dito e agrupamento.

Por *agrupamento* entendemos um conjunto de pessoas que convive, partilhando de um mesmo espaço e que guarda entre si uma certa valência de interrelacionamento e uma potencialidade em virem a se constituir como um grupo propriamente dito. Um claro exemplo disso é o agrupamento que Sartre[8] classificou como sendo um "coletivo", o qual se configura por uma "serialidade" de pessoas, como, por exemplo, as que constituem uma fila à espera de um ônibus. Essas pessoas compartem um mesmo interesse, apesar de não estar havendo o menor vínculo emocional entre elas, até que um determinado incidente pode modificar toda a configuração grupal. Pode-se dizer que a passagem da condição de serialidade para a de grupo implica na transformação de "interesses comuns" para a de "interesses em comum".

REQUISITOS QUE CARACTERIZAM UM GRUPO

O que, então, caracteriza um grupo propriamente dito? É quando o mesmo, quer seja de natureza operativa ou terapêutica, vier preencher algumas condições básicas, como as seguintes:

1. Um grupo não é um mero somatório de indivíduos; pelo contrário, ele se constitui como uma nova entidade, com leis e mecanismos próprios e específicos. Podemos dizer que assim como todo indivíduo se comporta como um grupo (de personagens internos), da mesma forma todo grupo se comporta como se fosse uma individualidade.
2. Todos os integrantes de um grupo estão reunidos em torno de uma tarefa e de um objetivo comuns.
3. O tamanho do grupo não pode exceder o limite que ponha em risco a indispensável preservação da comunicação, tanto a visual, como a auditiva, a verbal e a conceitual.
4. Deve haver a instituição de um enquadre (*setting*) e o cumprimento das combinações nele feitas. Assim, além de ter os objetivos claramente

definidos, o grupo deve levar em conta uma estabilidade de espaço (local das reuniões), de tempo (horários, férias...), algumas regras e outras variáveis equivalentes que delimitam e normatizam a atividade grupal proposta.

5. O grupo é uma unidade que se manifesta como uma totalidade, de modo que tão importante como o fato de ele ser organizar a serviço de seus membros é, também, a recíproca disso. Para um melhor entendimento dessa característica, cabe uma analogia com a relação entre as peças separadas de um quebra-cabeças e deste com o todo a ser armado.
6. Apesar de um grupo se configurar como uma nova entidade, como uma identidade grupal genuína, é também indispensável que fiquem claramente preservadas as identidades específicas de cada um dos indivíduos componentes.
7. É inevitável a formação de um campo grupal dinâmico, em que gravitam fantasias, ansiedades, identificações, papéis, etc.
8. É inerente à conceituação de grupo a existência entre os seus membros de uma interação afetiva, a qual costuma ser de natureza múltipla e variada.
9. Em todo grupo coexistem duas forças contraditórias permanentemente em jogo: uma tendente à sua coesão e a outra, à sua desintegração. A coesão do grupo está na proporção direta, em cada um e na totalidade, dos sentimentos de "pertinência" (é o "vestir a camiseta", próprio de um *esprit de corps*) e de "pertencência" (o indivíduo se refere ao grupo como sendo "o meu grupo...", e implica no fato de cada pessoa do grupo ser reconhecida pelos outros como um membro efetivo). Por outro lado, a coesão grupal também depende de sua capacidade de perder indivíduos e de absorver outros tantos, assim como de sua continuidade.
10. O campo grupal que se forma em qualquer grupo, se processa em dois planos: um é o da intencionalidade consciente e o outro o da interferência de fatores inconscientes. O primeiro é denominado por Bion([1]) como "grupo de trabalho" pela razão de que nele todos os indivíduos integrantes estão voltados para o êxito da tarefa proposta. Subjacente a ele, está o segundo plano, que o aludido autor chama de "supostos básicos", regido por desejos reprimidos, ansiedades e defesas, e que tanto podem se configurar com a prevalência de sentimentos de dependência, ou de luta e fuga contra os medos emergentes, ou de uma expectativa messiânica, etc. É claro que, na prática, estes dois planos não são rigidamente estanques, pelo contrário, entre eles costuma haver uma certa superposição e uma flutuação.
11. Neste campo grupal sempre se processam fenômenos como os de resistência e contra-resistência, de transferência e contratransferência; de *actings*; de processos identificatórios, etc. Por um lado, tais fenômenos consistem em uma reprodução exata do que se passa na relação terapêutica bipessoal. Por um outro lado, eles não só guardam uma especi-

ficidade grupal típica como também se manifestam exclusivamente no campo grupal.

12. Um exemplo dessa especificidade é o fenômeno da "Ressonância", o qual consiste no fato de que a mensagem de cada indivíduo vai ressoando no inconsciente dos outros e produzindo o aporte de associações e manifestações que gravitam em torno de uma ansiedade básica comum. Um outro exemplo é o da distribuição e da alternância de papéis típicos de um sistema grupal. Um terceiro exemplo de fenômeno especificamente grupal é o fato de que o próprio grupo funciona como sendo "um continente" que absorve as angústias de cada um e de todos.
13. É necessário fazermos uma distinção entre a simples emergência de fenômenos grupais e um processo grupal terapêutico. A primeira é de natureza ubíqua, pois os fenômenos se reproduzem em todos os grupos, independentemente da finalidade de cada um deles, enquanto o processo grupal necessita de um enquadre apropriado e é específico dos grupos terapêuticos.
14. O grupo, com finalidade operativa ou terapêutica, necessita de uma coordenação para que a sua integração seja mantida. O coordenador deve estar equipado com uma logística e uma técnica definidas, assim como com recursos táticos e estratégicos. Ainda não há uma sólida e unificada escola da teoria da dinâmica de grupos, sendo que a maioria dos grupoterapeutas combina os conhecimentos sobre a dinâmica do campo grupal com a de uma determinada escola psicoterapêutica de tratamento individual, usualmente a de alguma corrente psicanalítica.

Orientação Bibliográfica

1. BION, W. R. "Una Revisión de la Dinámica de Grupo". Em: *Nuevas Direcciones en Psicoanalisis*. pp. 423-457. 1965.
2. FOULKES, S. H. y ANTHONY, E. J. "Rasgos Significativos Del Grupo Analítico. En: Relación a Otros Tipos de Grupos Humanos". Em: *Psicoterapia Psicoanalítico de Grupo*. pp. 47-60. 1964.
3. GRIMBERG, L. et al. "Problemas y Aspectos Practicos de La Psicoterapia Del Grupo". Em: *Psicoterapia Del Grupo*. pp. 52-74. 1957.
4. MILLER DE PAIVA, L. "Definições". Em: *Psicanálise de grupo*. pp. 17-30. 1991.
5. NACHER, P. G. y CAMARERO, J. A. L. "Los Fenomenos Grupales. Aspectos Generales. Definiciones Y Limites. Los Grupos Psicoanalíticos". Em: *Del diván al círculo*. pp. 13-26. 1985.
6. PUGET, J. et al. "Grupo Terapéutico: Definición". Em: *El Grupo Y Sus Configuraciones*. pp. 17-20. 1991.
7. PY, L. A. "Por Que Psicanálise de Grupo?" Em: *Grupo Sobre Grupo*. pp. 133-162. 1987.
8. SARTRE, J. P. "Del grupo a la história". Em: *Crítica de la razón dialéctica*. 1973.
9. VINAGRADOV, S. Y YALOM, I. D. "What is Group Psychotherapy?". Em: *Group Psychotherapy*. 1989.

6

MODALIDADES GRUPAIS

O capítulo anterior, além de enfatizar a importância dos grupos e a possibilidade da utilização do seu potencial dinâmico, dedicou-se a responder à pergunta "O que é grupo?". Em continuidade a ela, outras perguntas se impõem: Quem pode praticar as técnicas grupais? Para quem se destinam? Quais são os seus objetivos? Como se processam na prática? Vamos tentar respondê-las indiretamente, ao longo do texto, partindo do princípio de que os fenômenos grupais são sempre os mesmos em qualquer grupo, variando as respostas às perguntas feitas, e essa variação é que irá determinar a finalidade e, portanto, a modalidade grupal.

É tão largo o leque de aplicação das atividades grupais que poderíamos nomeá-las seguindo a trilha quase completa do abecedário. Vamos exemplificar, somente a título de ilustração:

A: analítico; auto-ajuda; adolescente; alcoolistas...
B: *Balint; borderline;* bioenergético...
C: capacitação; casais; crianças...
D: dramatização; discussão; diagnóstico...
E: ensino-aprendizagem; egressos...
F: formação; família...
G: gestáltico; gestantes...
H: homogêneo; holístico...
I: integração; institucional; idosos...
L: livre; laboratório (de relações humanas)...
M: maratona...
N: numeroso (refere-se ao grande número de participantes)...

O: operativo; orientação; organizacional; obesos...
P: psicodrama; psicossomático...
Q: questionamento...
R: reflexão; reabilitação...
S: saúde mental (comunitária); sobrevivência social (*gays*, etc.); sensibilização; sala de espera...
T: treinamento; (com pacientes) terminais...
U: união...
V: vivências...

Por esta pálida amostragem podemos perceber o quanto denominações diferentes podem se estar referindo a uma mesma finalidade grupal e, da mesma forma, um mesmo nome pode estar designando atividades que, em sua essência, são diferentes. Ademais, muitas vezes, a prática grupal permite a criação de novas táticas, inclusive com a combinação de algumas delas, e tudo isso aliado a um largo espectro de aplicações pode gerar uma confusa rede conceitual.

Para atenuar este estado de coisas impõe-se a necessidade de uma classificação, sendo que qualquer intento classificatório sempre partirá de um determinado ponto de vista, que tanto pode ser o de uma vertente teórica; o tipo de *setting* instituído; a finalidade a ser alcançada; o tipo dos integrantes; o tipo de vínculo com o coordenador, e assim por diante.

Assim, muitos autores costumam catalogar os grupos de acordo com a técnica empregada pelo coordenador do grupo e com o tipo de vínculo que ele estabeleceu com os indivíduos integrantes. Exemplo disso é o conhecido critério de classificar os quatro tipos seguintes:

a) *Pelo grupo* (o qual, segundo um modelo exortativo, funciona gravitando em torno do líder, através do recurso da sugestão ou de uma identificação com ele, como nos grupos "Pratt", ou no dos Alcoolistas Anônimos, etc.)
b) *Em grupo* (as interpretações são dirigidas ao indivíduo. De certa forma, é um tratamento individual de cada membro na presença dos demais).
c) *Do* grupo (o enfoque interpretativo está sempre dirigido ao grupo como uma totalidade gestáltica).
d) *De* grupo (a atividade interpretativa parte das individualidades para a generalidade e desta para os indivíduos).

A classificação que aqui será adotada baseia-se no critério das finalidades a que se propõe o grupo e parte da divisão nos seguintes dois grandes ramos genéricos: Operativos e Terapêuticos.

Cada um destes ramos, por sua vez, se subdividem em outras ramificações, conforme o esquema simplificador que segue abaixo.

- GRUPOS
  - OPERATIVOS
    - Ensino-aprendizagem (através da técnica de "Grupos de Reflexão")
    - Institucionais (empresas; escolas; igreja; exército; associações; etc.)
    - Comunitários (programas de saúde mental)
  - TERAPÊUTICOS
    - De auto-ajuda
      - na área médica em geral (diabéticos; reumáticos; idosos, etc.)
      - na área psiquiátrica (alcoolistas anônimos; pacientes *borderline*, etc.)
    - Psicoterápicos p.d.
      - base psicanalítica
      - psicodrama
      - teoria sistêmica
      - cognitivo-comportamental
      - abordagem múltipla

É claro que na prática essas distintas ramificações não são perfeitamente delimitadas; antes, elas, muitas vezes, se interpõem, se completam e se confundem. Por exemplo: os grupos operativos costumam propiciar um benefício psicoterápico e, da mesma forma, os grupos psicoterápicos se utilizam do esquema referencial operativo. É desnecessário frisar que muitas outras ressalvas equivalentes podem ser reconhecidas na classificação acima.

Não é demais repetirmos que o fundamental é que o terapeuta tenha bem claras as respostas às seguintes questões: que espécie de mudanças ele pretende, que tipos de técnicas, aplicado para qual tipo de pacientes, por qual tipo de terapeuta e sob quais condições.

I. GRUPOS OPERATIVOS

É tão abrangente a aplicação dos postulados dos grupos operativos que muitos preferem considerá-los como sendo, genericamente, um continente de todos os demais grupos, incluídos os terapêuticos, mesmo os de natureza analítica.

A conceituação e a aplicação dos grupos operativos, como foi dito antes, devem muito a Pichon Rivière(2) que, desde 1945, os introduziu, sistematizou e divulgou. Este autor construiu o seu "esquema conceitual referencial operativo" (ECRO), considerando uma série de fatores, tanto conscientes como inconscientes, que regem a dinâmica de qualquer campo grupal, e que se manifestam em três áreas: mente, corpo e mundo externo.

Pichon Rivière construiu uma extensa e sólida edificação teórica, cuja reconhecida importância justifica que nos alonguemos na enumeração de seus principais conceitos, ainda que, aqui, nos limitemos praticamente a uma titulação dos mesmos.

1. Teoria dos vínculos (todo vínculo bicorporal é sempre tripessoal, tendo em vista os personagens parentais que estão introjetados em cada indivíduo).

2. Formação de papéis (porta-voz; bode expiatório; sabotador; e o de líder que, por sua vez, pode ser do tipo autoritário, democrático, *laissez-faire* e demagógico).
3. Esquema corporal (tem muita similitude com a concepção do "estágio do espelho", de Lacan).
4. Modelo do "cone invertido" (leva em conta os seguintes sete vetores: afiliação, pertencência, pertinência, comunicação, aprendizagem, cooperação e "tele", sendo que este último designa o clima emocional do grupo).
5. Conceitos de verticalidade (a história de cada indivíduo) e de horizontalidade (o aqui e agora da totalidade grupal).
6. Conceito de "pré-tarefa" (movimentos grupais que impedem a realização de uma ação de real transformação).
7. A noção dos "três D" (o depositante, o depositado e o depositário das ansiedades básicas que, inevitavelmente, surgem no campo grupal).

A atividade do coordenador dos grupos operativos deve ficar centralizada unicamente na tarefa proposta, sendo somente nas situações em que os fatores inconscientes inter-relacionais venham a ameaçar a integração ou a evolução exitosa do grupo que cabem eventuais intervenções de ordem interpretativa.

1. **Grupos Operativos voltados ao Ensino-Aprendizagem**(*). A ideologia fundamental deste tipo de grupo é de que o essencial é "aprender a aprender", e que "mais importante do que encher a cabeça de conhecimentos é formar cabeças". Incontáveis são as modalidades de aplicação dos grupos operativos, sendo que muitas vezes, sob múltiplas denominações distintas, designam um funcionamento assemelhado. Assim, especificamente em relação à tarefa de ensino e treinamento, são conhecidos os grupos "T" (*training-groups*); os grupos "F" (a letra é a inicial de *free* e de *formation*, o que diz tudo da característica de tais grupos); os grupos "Balint" (nome de um renomado psicanalista inglês que realizava uma atividade sistemática com grupos de médicos não psiquiatras visando dar-lhes condições de desenvolverem uma atitude emocional empática e para uma ação psicoterápica, clínica); e os "grupos de reflexão" (nos termos descritos por Dellarossa(7).(**)

(*) A denominação mais adequada seria "Educação", tendo em vista a etimologia. Assim, a palavra "ensino" se origina de "en" (dentro de) + "signo" e sugere que o mestre coloque signos, ou seja, sinais e conhecimentos na cabeça do outro; enquanto que o termo "educação" se forma de "ex" (para fora) + "ducare" (dirigir), ou seja, o educador permite que sejam sadiamente drenadas para fora as capacidades preexistentes em cada um.

(**) Pessoalmente, utilizamos esta última denominação, entre muitas outras equivalentes, pelo fato de que a palavra reflexão sugere dois aspectos básicos dessa atividade. O primeiro é o de uma nova ("re") "flexão" sobre si próprio, por parte de cada integrante; o outro aspecto sugerido é a possibilidade de os indivíduos se refletirem (perceberem o jogo de identificações projetivas, e introjetivas, de uns nos outros).

Um excelente trabalho sobre a aplicação dos princípios de Pichon Rivière é o do, também psicanalista argentino, J. Bleger(3), no qual este último aprofunda o estudo dos processos do pensamento, no aprendizado. O exemplo de nº 7, mais adiante, pode servir de ilustração prática de como os "grupos de reflexão" podem ser aplicados na tarefa de ensino-aprendizagem.

2. **Grupos Institucionais.** Cada vez mais a atividade está sendo utilizada nas instituições em geral. Assim, as escolas estão promovendo reuniões que congregam pais, mestres e alunos com vistas a debaterem e a encontrarem uma ideologia comum de formação humanística. O mesmo se passa nas diversas associações de classe, como, por exemplo, nos sindicatos, na igreja, no exército e nas empresas. Especialmente essas últimas estão montando serviços dirigidos por psicólogos organizacionais — que se destinam a aumentar o rendimento de produção da empresa através de grupos operativos centrados na tarefa de obtenção de um clima de harmonia entre os seus diversos subgrupos.

3. **Grupos Comunitários.** O melhor exemplo deste tipo de grupo é o de sua, crescente, aplicação no campo da saúde mental.

Partindo da definição que a OMS deu à saúde como sendo a de "um completo bem-estar físico, psíquico e social", é fácil entendermos que as técnicas grupais encontram (ou deveriam encontrar) uma larga área de utilização, sobretudo em comunidades.(*)

Esses grupos comunitários são utilizados na prestação tanto de cuidados primários de saúde (prevenção), como secundários (tratamento) e terciários (reabilitação).

Assim, são de comprovada utilidade a realização de grupos, por exemplo, com gestantes, adolescentes sadios, líderes naturais da comunidade, pais, e assim por diante. Um bom exemplo da utilização prática de grupos comunitários é o excelente trabalho com adolescentes, desenvolvido em Florianópolis pelo psiquiatra Francisco Batista Neto(1).

Técnicos de distintas áreas de especialização (além de psiquiatras, outros médicos não-psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, sanitaristas, etc.) podem, com relativa facilidade, ser bem treinados para essa importante tarefa de integração e de incentivo às capacidades positivas desde que fiquem unicamente centrados na tarefa proposta e conheçam os seus limites.

(*) Pode servir de modelo o trabalho com grupos que, há muitos anos, vem sendo aplicado na Vila São José do Murialdo, em Porto Alegre-RS, comunidade com uma população em torno de 30.000 habitantes.(5)

II. GRUPOS TERAPÊUTICOS

1. **Grupos de Auto-Ajuda.** Esta modalidade grupal merece ser destacada, tanto pela razão de uma inequívoca comprovação de sua eficiência como pelo largo âmbito de áreas beneficiadas e a sua incrível expansão. Somente nos Estados Unidos, no campo da saúde mental, estão em pleno andamento mais de 800 programas oficiais baseados neste tipo de aplicação grupal.

Os grupos de auto-ajuda, como o nome designa, são compostos por pessoas portadoras de uma mesma categoria de necessidades, as quais, em linhas gerais, especialmente no campo da Medicina, podem ser enquadrados nos seguintes seis tipos de objetivos da tarefa do grupo:

a) Adictos (obesos, fumantes, tóxicos, alcoolistas, etc.).
b) Cuidados primários de saúde (programas preventivos, diabéticos, hipertensos, etc.).
c) Reabilitação (infartados, espancados, colostomizados, etc.).
d) Sobrevivência social (estigmatizados, como os homossexuais, defeituosos físicos, etc.).
e) Suporte (cronicidade física ou psíquica, pacientes terminais, etc.).
f) Problemas sexuais e conjugais.

Como cada um destes seis subgrupos permite novas ramificações, é fácil entender o número quase infinito de modalidades grupais possíveis e, portanto, do extenso número de pessoas que pode vir a ser atingida.

Os benefícios auferidos com os grupos de auto-ajuda decorrem de fatores que serão mais detalhadamente explicitados no Capítulo 21.

2. **Grupos Psicoterápicos propriamente ditos.** Ainda não há um específico corpo teórico-técnico que dê uma sólida fundamentação às terapias grupais dirigidas ao *insight*. Enquanto isso, elas vão se utilizando de outras fontes, das quais merecem um registro à parte as quatro seguintes: a psicanalítica, a psicodramática, a da teoria sistêmica e a da corrente cognitivo-comportamentalista. Além delas, deve ser incluída uma grupoterapia de abordagem múltipla, holística, a qual consiste no emprego de uma certa combinação das anteriores.

a) A corrente psicanalítica, por sua vez, abriga muitas escolas: freudiana ortodoxa, teóricos das relações objetais (inspiradas principalmente em M. Klein, Bion e Winnicott); psicologia do ego (Hartmann, M. Mahler); psicologia do *self* (Kohut); estruturalista (Lacan). No entanto, apesar da óbvia (e sadia) divergência na conceituação da gênese e do funcionamento do psiquismo, essas diferentes escolas convergem no que há de essencial relativamente aos fenômenos provindos de um inconsciente dinâmico.

Há uma longa polêmica: a grupoterapia inspirada em fundamentos psicanalíticos pode ser considerada uma "psicanálise verdadeira?"

Ela pode ser denominada como "grupoanálise"? Os autores se dividem nas respostas, sendo que, aqui, não me aprofundarei neste tópico pela razão de que isso nos levaria a caminhos muito complexos e controvertidos, algo fora de nosso propósito. Da mesma forma como nas psicoterapias individuais, também as grupoterapias podem funcionar por um período de tempo longo ou curto, podem ter uma finalidade de *insight* destinado a mudanças caracterológicas, ou podem se limitar a benefícios terapêuticos menos pretenciosos, como a remoção de sintomas; da mesma forma podem objetivar à manutenção de um estado de equilíbrio (psicóticos egressos, por exemplo); ou podem limitar-se à busca de uma melhor adaptabilidade nas inter-relações humanas em geral. Tudo isso requer uma variabilidade de enquadres, como será exposto mais adiante, o que também vai determinar uma especificação técnica e tática no emprego das grupoterapias de base analítica.

b) A corrente psicodramática(9) vem ganhando espaço em nosso meio. Criado por J. Moreno, na década 30, o psicodrama ainda conserva o mesmo eixo fundamental constituído pelos seguintes seis elementos: cenário, protagonista, diretor, ego auxiliar, público e a cena ser apresentada.

A dramatização pode possibilitar a reconstituição dos primitivos estágios evolutivos do indivíduo. Assim, uma primeira etapa da dramatização (técnica da dupla) visa ao reconhecimento da indiferenciação "eu" x "outro". Numa segunda etapa (técnica do espelho), o protagonista sai do palco e, a partir do público, assiste a representação que uma outra pessoa, no papel de ego auxiliar, faz dele, o que possibilita que se reconheça, a si próprio, assim como na infância ele reconheceu a sua imagem no espelho. A terceira etapa (técnica da inversão dos papéis) vai permitir que possa colocar-se no lugar do outro, assim desenvolvendo o sentimento de consideração pelos demais. É claro que, no curso do tratamento, essas etapas não são estanques.

c) A Teoria Sistêmica parte do princípio de que os grupos funcionam como um sistema, ou seja, que há uma constante interação, complementação e suplementação dos distintos papéis que foram atribuídos e são desempenhados por cada um de seus componentes. Assim, um sistema se comporta como um conjunto integrado, onde qualquer modificação de um dos elementos necessariamente irá afetar o sistema como um todo.

A terapia de família vem tendo expansão significativa em nosso meio, sendo que ela tem seus referenciais específicos alicerçados na teoria sistêmica. No entanto, isso não impede que os seus praticantes também utilizem o respaldo oferecido pelos conhecimentos psicanalíticos, assim como o emprego intercalado de técnicas de dramatização, sendo que esta não é a mesma coisa que psicodrama propriamente dito.

d) A corrente cognitivo-comportamental fundamenta-se no postulado de que todo indivíduo é um organismo processador de informações, recebendo dados e gerando apreciações. Trata-se de uma teoria de aprendizagem social, na qual, sobretudo, são valorizadas as expectativas que o sujeito sente-se na obrigação de cumprir, a qualificação de seus valores, as significações que ele empresta aos seus atos e crenças, bem como a sua forma de adaptação à cultura vigente.

O tratamento preconizado pelos seguidores da corrente comportamentalista (behavioristas) parte da necessidade de uma clara cognição dos aspectos acima referidos e, a partir daí, a técnica terapêutica visa a três objetivos principais: uma reeducação, em nível consciente, das concepções errôneas, um treinamento de habilidades comportamentais e uma modificação no estilo de viver. É uma técnica que está sendo muito utilizada no tratamento dos drogaditos em geral, ou nos casos de adicções sem drogas, como é, por exemplo, o tratamento em grupo com obesos. Nesses casos, é de fundamental importância que haja o desenvolvimento de funções do ego consciente, tais como as de antecipar, prevenir, modificar, além de lidar com as situações que implicam em risco de reincidência.

Este capítulo ficaria muito incompleto se não fizermos uma referência ao fulgurante surgimento, nos Estados Unidos, e de gradativa expansão para outros centros europeus e latino-americanos, de uma multiplicidade de psicoterapias grupais. São exemplo: a terapia gestáltica (de F. Perls), a psicoterapia centrada no paciente (de Rogers), a análise transacional (de Berne), a bioenergética (de Lowen), a terapia do grito primal (de Janov), as terapias behavioristas (de Skinner), as terapias de reeducação sexual (de Master e Johnson), as terapias relacionadas com o Zenbudismo, as terapias baseadas em técnicas corporais (dança, ioga, toques físicos, etc.) e assim por diante.

Orientação Bibliográfica

1. BAPTISTA NETO, F., "Grupoterapia em comunidade terapêutica com adolescentes". Em; *Grupoterapia Hoje*. pp. 325-337. 1986.
2. BERSTEIN, M. "Contribuições de Pichon-Rivière à psicoterapia de grupo". Em: *Grupoterapia Hoje*. pp. 108-134. 1986.
3. BLEGER, J. "Grupos operativos no ensino". Em: *Temas de Psicologia*. pp. 53-82. 1987.
4. ——— . "O grupo como instituição e o grupo nas instituições". Em: *Temas de Psicologia*. pp. 83-100. 1987.
5. BUSNELLO, E. "Grupos Comunitários". Em: *Grupoterapia Hoje*. pp. 309-324. 1986.
6. COLE, S. A. "Self-Help Groups". Em: *Primare Cares*. pp. 6-325, 1979.
7. DELLAROSSA, A. *Grupos de reflexión*. 1979.
8. EIDLER, R. y HALINA, E. "Terapias de abordagem múltiplas". Em: *Grupoterapia Hoje*. pp. 162-174. 1986.

9. GARCIA, O. "Psicodrama". Em: Grupoterapia Hoje. pp. 203-229. 1986.
10. JACQUES, E. "Los Sistemas Sociales como Defensa contra las Ansiedades Persecutórias y Depressiva". Em: *Nuevas Direcciones en Psicoanalisis*. pp. 457-477. 1965.
11. MILLER de PAIVA, L. "Psicoterapia Analítica de Grupo nas Instituições Públicas e Particulares". Em: *Psicanálise de Grupo*. pp. 417-427. 1991.
12. OSÓRIO, L. C. "Terapia Institucional". Em: *Grupoterapia Hoje*, pp. 338-348. 1986.
13. OUTEIRAL, J. O. "Grupoterapia em comunidade terapêutica com crianças". Em: *Grupoterapia Hoje*: pp. 320-324. 1986.
14. NOBRE, L. E. "Terapia Familiar; Uma Visão Sistêmica". Em: *Grupo Sobre Grupo*. pp. 115-126. 1987.
15. PORTARRIEU, M. L. e OKLANDER, J. T. "Grupos operativos". Em: *Grupoterapia Hoje*. 1986.
16. SCHENEIDER, G. "Psicoterapia Individual e de Grupo em Instituições". Em: *O Grupo Terapêutico e Psicanálise*. pp. 101-126. 1974.
17. ZUCKERFIELD, R. *Psicoterapia de la Obesidad*. 1979.

7

A FORMAÇÃO DE UM GRUPO TERAPÊUTICO DE BASE ANALÍTICA

Como foi visto no capítulo anterior, há um universo de modalidades grupais, o que demonstra uma grande confusão em suas teorias, uma elevada anarquia em suas aplicações práticas e um sério risco de que se esteja construindo uma torre de Babel.

No presente capítulo, como de resto será a linha básica deste livro, trataremos tão-somente do grupo terapêutico analítico, com fins de *insight*.

A formação de um grupo dessa natureza, quer seja em uma instituição, quer seja em clínica privada, passa por três etapas sucessivas: 1) Encaminhamento. 2) Seleção. 3) Composição.

1. ENCAMINHAMENTO

A etapa da divulgação, tendo em vista o encaminhamento de pacientes para a formação de um grupo, é importante, particularmente para um terapeuta que esteja se iniciando na prática da grupoterapia e ainda não tenha uma expressiva procura por parte de pessoas interessadas em tratamento grupal. O realce deste aspecto justifica-se por uma razão de ser muito comum, e muito frustrante, que o terapeuta já tenha um ou dois interessados com o contrato terapêutico alinhavado e possa decorrer um largo período de tempo até que se defina um terceiro e um quarto ou quinto pacientes, o que pode gerar desistências dos primeiros, e assim por diante. Nestes casos, recomenda-se a prática de manter alguma linha de comunicação regular com os poucos pacientes já selecionados, inclusive a possibilidade de manter sessões individuais para os que se sentem mais necessitados até que se atinja o número mínimo de quatro pessoas. Iniciar um grupo com

um número menor do que este é muito arriscado pela razão de que uma eventual falta de algum membro compromete a indispensável formação de uma gestalt grupal. Outro risco que decorre como conseqüência de uma busca por demais espaçada é que o terapeuta se impaciente e faça alguma seleção desastrosa.

Este importante passo inicial de um encaminhamento satisfatório, ainda dentro da hipótese de que se trata de um grupoterapeuta iniciante, implica no preenchimento, no mínimo, de uma condição básica: que ele tenha para si uma definição muito clara quanto ao nível de seus objetivos terapêuticos e, portanto, de qual tipo de paciente ele aguarda que lhe seja encaminhado.

Esta condição é importante na medida em que se sabe que um mesmo paciente, *borderline* por exemplo, pode funcionar exitosamente e muito se beneficiar num grupo homogêneo, enquanto pode fracassar em um grupo formado exclusivamente com pacientes neuróticos, que funciona em um nível egóico muito mais integrado que o dele. Somente após ter adquirido uma clareza de convicção quanto ao trabalho que o novo grupoterapeuta pretende desenvolver com o grupo (uma resposta às perguntas: "Para que; para quem; como; onde; quando?") é que ele, respaldado por um supervisor, deve se lançar a um trabalho de divulgação junto aos colegas com quem convive para fins de recrutamento e encaminhamento.

Um ponto controvertido relativo à política de encaminhamento diz respeito ao fato de que alguns autores têm expressado uma preferência no sentido de que, uma vez lhe tenha sido encaminhado um paciente por alguém de experiência, considerem-no automaticamente incluído, evitando entrevistá-lo individualmente para impedir a "contaminação" do campo grupal. Pelo contrário, em nosso meio, de modo geral, postulamos a necessidade de que o grupoterapeuta entreviste, uma ou mais vezes, o paciente que lhe foi encaminhado para fins de cumprir a segunda etapa da formação do grupo: a seleção.

2. SELEÇÃO

A primeira razão que justifica a indispensabilidade do crivo da seleção de um determinado paciente para um determinado grupo diz respeito ao delicado problema das indicações e das contra-indicações. A segunda razão é a de evitar situações constrangedoras como é, por exemplo, a do risco de compor o grupo com a presença de duas pessoas que, individualmente foram bem selecionadas, mas que na sessão inaugural fica evidente a impossibilidade de virem a se tratar conjuntamente. Uma terceira razão é a de diminuir o risco de surpresas desagradáveis, como, por exemplo, um permanente desconforto contratransferencial, uma insuperável dificuldade para o pagamento nos valores estipulados, ou para os horários combinados, etc; assim como o de uma deficiente motivação para um tratamento que vai lhe exigir um trabalho sério, árduo e longo. Este último aspecto costuma ser um dos fatores mais responsáveis pelos abandonos prematuros.

Os critérios relativos às indicações, pelo seu alto grau de importância na determinação do provável êxito ou fracasso da grupoterapia, justificam uma consideração mais detalhada.

Indicações

A grupoterapia é, *lato sensu*, extensiva a todos os pacientes que não estiverem enquadrados nas contra-indicações abordadas mais adiante. Em sentido estrito, pode-se dizer que em algumas situações a grupoterapia se constitui no tratamento de escolha. Assim, muitos autores [2, 6] que têm uma sólida experiência no tratamento de pacientes adolescentes, tanto individualmente, como em grupo, preconizam a indicação prioritária destes últimos.

Outra indicação que pode ser prioritária é quando o próprio consulente demonstra uma inequívoca preferência por um tratamento grupal. Da mesma forma, sabemos que determinados pacientes não conseguem suportar o enquadre de uma terapia individual, devido ao incremento de temores, como, por exemplo, os de natureza simbiotizante com o terapeuta.

A experiência clínica ensina que tais pacientes que fracassaram em terapias individuais podem funcionar muito bem em grupoterapia (é claro que, para outros casos, a recíproca é verdadeira), e esse fator deve ser considerado na avaliação dos critérios de prioridade de indicação.

Contra-indicações

Antes de mais nada, é útil ratificar que a contra-indicação de um determinado paciente para uma determinada grupoterapia, como seria o caso, por exemplo, da inclusão de um psicótico ou de um severo deprimido crônico em um grupo composto exclusivamente por pessoas de um bom nível de adaptação neurótica, não elimina o fato de que, para estes mesmos pacientes, seja uma excelente indicação um tratamento em um grupo homogêneo, isto é, em que os demais integrantes se equivalem nas condições diagnósticas e prognósticas. Partindo da hipótese de que o grupo em formação seja de pretensão analítica e que não tenha a homogeneidade acima descrita, as seguintes contra-indicações podem ser enumeradas, tendo em vista os pacientes que:

a) Estejam malmotivados: tanto em relação à sua real disposição para um tratamento longo e difícil, quanto ao fato de ser especificamente em grupo. Não é raro que algumas pessoas procurem um grupoterapeuta sob a alegação de que querem ter uma oportunidade de "observar como funciona um grupo", ou que vão unicamente em busca de um grupo social que lhes falta, e assim por diante.

b) Sejam excessivamente deprimidos, paranóides ou narcisistas. Os primeiros porque exigem atenção e preocupação concentradas exclusivamente em si próprios; os segundos pela razão de que a exagerada distorção dos fatos, assim como a sua atitude defensivo-beligerante, pode impedir a evolução normal do grupo; os terceiros devido à sua compulsiva necessidade de que o grupo gravite em torno de si, o que os leva a se comportarem como "monopolistas crônicos"(1).

c) Apresentam uma forte tendência a *actings* de natureza maligna, muitas vezes envolvendo outras pessoas do mesmo grupo, como é o caso, por exemplo, dos psicopatas.

d) Inspiram uma acentuada preocupação pela possibilidade de graves riscos, principalmente o de suicídio.

e) Apresentam um déficit intelectual, ou uma elevada dificuldade de abstração e, por essa razão, dificilmente poderão acompanhar o ritmo de crescimento da grupoterapia.

f) Estão no cume de uma séria situação crítica, aguda, e que por isso representam o risco de uma impossibilidade em partilhar os interesses em comum com os demais.

g) Pertencem a uma certa condição profissional ou política que representa sérios riscos por uma eventual quebra de sigilo.

h) Apresentam uma história de terapias anteriores interrompidas, o que nos autoriza a pensar que se trate de "abandonadores compulsivos".

Nestes casos há um sério risco de que esse tipo de paciente faça um novo abandono prematuro, com uma forte frustração para todos do grupo, menos talvez para ele mesmo.

3. COMPOSIÇÃO DO GRUPO

O termo *composição* tem o mesmo significado que o que está descrito por D. Zimmermann(9) sob a denominação de "Agrupamento". Composição designa, pois, um arranjo, um "encaixe" das peças isoladas, sendo que no caso de uma grupoterapia se refere a uma visualização de como será a participação interativa de cada um dos indivíduos selecionados na nova organização gestáltica. Neste contexto, o sentimento contratransferencial do grupoterapeuta durante as prévias entrevistas de seleção funciona como um excelente indicador quanto à previsão de como será a complementaridade dos papéis a serem desempenhados.

Assim, podemos afirmar que os critérios de seleção dos indivíduos estão intimamente conectados como os da composição da totalidade grupal. Podemos, mesmo, dizer que é mais difícil proceder à seleção de pacientes para um grupo novo que ainda está nos pródromos da composição, do que para o preenchimento de eventuais vagas para um grupo já composto e em curso.

É adequado incluir um adolescente em um grupo cuja totalidade é composta por adultos? É viável a inclusão de um paciente homossexual num grupo em que ele será o único nessas condições? Podem participar de um mesmo grupo terapêutico, pessoas que tenham algum grau de conhecimento ou de parentesco? Está indicada a inclusão de um paciente que seja excessivamente silencioso? Ou que esteja atravessando uma situação de crise aguda? Essas são algumas das inúmeras questões que costumam ser levantadas, e cuja resposta deve ser dada, em grande parte, a partir do *feeling* contratransferencial relativo à composição do grupo, para cada situação em particular.

Um aspecto importante e muito debatido em relação aos grupos é o que se refere à homogeneidade ou heterogeneidade de sua formação. Por grupo homogêneo entende-se aquele que é composto por pessoas que apresentam um série de fatores e de características que, em certo grau, são comuns a todos os membros. Pode servir de exemplo um grupo que seja composto unicamente por pacientes deprimidos, ou psicóticos egressos de hospital ou de obesos; e assim por diante.

Grupo heterogêneo designa uma composição grupal em que há uma maior diversificação entre as características básicas de seus membros. É o caso de uma grupoterapia analítica em que, por exemplo, um dos integrantes é uma moça histérica, um outro é um senhor casado, muito obsessivo; um terceiro é um jovem estudante, solteiro, com acentuados sintomas fóbicos, etc.

É claro que a conceituação de grupo homogêneo e heterogêneo é muito relativa, porque nunca haverá uma delimitação nítida entre ambos. Assim, um grupo constituído unicamente com pacientes deprimidos, por exemplo, é homogêneo quanto à classe diagnóstica, porém, ao mesmo tempo, ele pode ter aspectos de heterogeneidade (idade, sexo, grau, tipo da depressão, etc.).

A recíproca — um grupo heterogêneo com alguns aspectos de homogeneidade — é verdadeira. A importância desse critério — de homogeneidade ou não — na formação de um grupo terapêutico se justifica pelo fato de que, em certos casos, um mesmo paciente pode evoluir muito bem em um determinado tipo de grupo, enquanto ele pode dar-se muito mal em um outro grupo, de características distintas do anterior. A experiência clínica tem confirmado o quanto a inclusão de pacientes muito regressivos (*borderline* ou deprimidos severos, por exemplo) pode estar contra-indicada para grupos heterogêneos, e estar muito bem indicada para a composição de um grupo homogêneo.

Assim, é possível que um paciente *borderline* esteja exercendo um papel significativo no seu grupo heterogêneo pelo fato dele ter uma aguçada sensibilidade para captar o clima das emoções ainda ocultas. No entanto, se os demais pacientes que compõem o seu grupo tiverem um nível de integração egóica bem superior ao seu, pode ocorrer que este paciente *borderline* fique se sentindo marginalizado, e com o risco de um intenso sofrimento e de piora. A causa disso reside em sua incapacidade de processar as suas percepções e de transformá-las em um nível simbólico evoluído. Nesse caso, o mesmo paciente não evoluirá e provavelmente expressará as suas sofridas emoções através de um estado de alheiamento,

ou de *actings*, ou ainda por meio de somatizações, sendo muito possível que o contrário disso aconteceria se ele estivesse em grupo homogêneo.

Um outro aspecto que o grupoterapeuta deve considerar na composição de seu grupo é o que se refere à vantagem de haver uma certa heterogeneidade de estilos de comunicação e de desempenho de papéis, para que se propicie uma maior integração dos indivíduos através de uma complementariedade de suas funções.

A ilustração clínica do capítulo que segue (exemplo nº 1) é útil para exemplificar a composição de um grupo heterogêneo, formado para uma terapia de fundamentação psicanalítica.

Orientação Bibliográfica

1. BACH, G. R. *Psicoterapia intensiva de grupos*. p. 32. 1975.
2. CASTELLAR, C. "Grupoterapia com adolescentes". Em: *Grupo Sobre Grupo*. pp. 87-98. 1987.
3. GRIMBERG, L. et al. "Problemas y Aspectos Prácticos De La Psicoterapia Del Grupo". Em: *Psicoterapia Del Grupo*. pp. 52-74. 1957.
4. GROTJAHN, M. "Preparação Para o Grupo". Em: *A arte e a técnica da terapia Analítica de Grupo*. pp. 71-77. 1977.
5. NACHER, P. G. y CAMARERO, J. A. L. "La Formación Del Grupo: Indicaciones y Contraindicaciones". Em: *Del diván al círculo*. pp. 27-42. 1985.
6. OSÓRIO, L. C. "Grupoterapia com adolescentes". Em: *Grupoterapia Hoje*. 1986.
7. PY, L. A., CASTELLAR, C.; ROCHA, L. "Seleção de Pacientes para Grupoterapia". Em: *Grupo Sobre Grupo*. pp. 37-50. 1987.
8. VINAGRADOV, S. y YALOM, D. "Selecting Patients and Composing the Group". Em: *Group Psychotherapy*. 1989.
9. ZIMMERMANN, D. "Seleção e Agrupamento". Em: *Estudos Sobre Psicoterapia Analítica de Grupo*. pp. 71-85. 1971.

8

O INÍCIO DE UMA GRUPOTERAPIA ANALÍTICA

UMA PRIMEIRA SESSÃO

Este capítulo será exposto em duas partes. A primeira consta da transcrição integral de uma sessão inicial de uma grupoterapia analítica, sendo que alguns trechos serão assinalados por algarismos colocados entre parênteses. Na segunda parte, esses algarismo servirão de roteiro para os comentários e considerações acerca das particularidades e dos fenômenos que, sempre, se manifestam e caracterizam o início de qualquer grupo terapêutico.

EXEMPLO CLÍNICO (Nº 01)

O grupo que aqui está sendo tomado como ilustração foi formado de acordo com os parâmetros descritos no capítulo anterior, ou seja, trata-se de um grupo que foi formado por um terapeuta iniciante, com uma razoável formação em teoria e técnica da psicanálise individual; é o seu primeiro grupo com finalidades terapêuticas de pretensão analítica; a seleção e composição visou a pacientes adultos, de ambos sexos e com um grau médio de neurose. O encaminhamento dos pacientes, na sua quase totalidade, proveio de outros grupoterapeutas mais experimentados que, por razões diversas, não puderam, ou não quiseram, tratá-los. Foram feitas, em média, duas entrevistas para cada pretendente, sendo que, para cada um dos sete selecionados, separadamente, foi feita uma prévia combinação acerca dos horários das duas sessões semanais, assim como um referencial quanto ao custo de cada sessão, o período de férias, etc.

Decorrido um período de aproximadamente três meses entre a seleção do primeiro ao último paciente, o grupoterapeuta pessoalmente telefonou a cada um

deles confirmando o interesse dos mesmos e anunciando o dia, hora e local do início da grupoterapia.

A composição do grupo foi a seguinte:

Ana 25 anos. Médica. Solteira. Problemas de desajustes com o namorado.
Bia 29 anos. Psicóloga. Casada, três filhos. Dificuldades de relacionamento com todos em geral.
Cida 27 anos. Professora. Casada, um filho. Excessiva timidez.
Diva 26 anos. Arquiteta. Solteira. Dificuldades de estabelecer vínculos com o sexo oposto. Intensa sudorese nas mãos.
Ênio 28 anos. Gerente de vendas. Solteiro. Permanente estado de angústia.
Fábio 22 anos. Estudante de Medicina. Solteiro. Exagerada inibição social.
Gil 23 anos. Estudante de Arquitetura. Solteiro. Manifestações fóbicas.

Na hora aprazada, o terapeuta (T) vai à sala de espera para fazê-los passar. Estão todos presentes, numa conversa muito animada. Entram, sentam, miram atenta e fixamente ao terapeuta e aos poucos vai se fazendo um silêncio progressivamente mais tenso, até um ponto em que começou a se evidenciar um desconforto físico e uma súplice troca de olhares(1).

T: A situação mudou da sala de espera para cá. Com a minha presença pararam de falar(2).
Bia: Na sala de espera estávamos tentando nos conhecer(3).
Ênio: Estávamos especulando como seria a ocupação dos lugares para sentar.
Fábio: Aqui todos os lugares têm o mesmo cômodo, não há diferença nenhuma (na verdade havia: a peça constava de um divã onde sentavam quatro pessoas, enquanto os outros três lugares consistiam em confortáveis cadeiras individuais. A poltrona do grupoterapeuta, maior e melhor, se sobressaía das demais). Alguém já tem experiência de grupo? Acho melhor que todos nós estejamos iniciando juntos(4).
Bia: Então vou confessar uma coisa que está me chateando porque eu não contei ao doutor na entrevista individual, com medo de que ele não me aceitasse. Já me tratei antes em um outro grupo e interrompi há pouco tempo.
Ênio: Eu já tenho experiência de grupo, de individual, de tudo...
Diva: Eu já fiz três anos de psicoterapia individual.
Ênio: Acho que já conheço de vista alguns de vocês.
Ana: Também tenho essa impressão: proponho que nos apresentemos (e assim fazem).
Diva: Estou suando nas mãos. Deve ser ansiedade.
Ênio: Não sei por que ficar ansioso. Eu estou bem calmo: sou veterano em tratamentos.

(Os demais participantes se dividem entre dar razão à Diva ou a Ênio) (5).

T: Neste momento o grupo se mostra dividido: Diva está representando cada um de vocês que também está sentido alguma ansiedade diante dessa situação nova e desconhecida, enquanto Ênio se encarrega da tentativa de negar essa aflição. E fazem isso procurando tornar familiar o que é desconhecido, através da sensação de já se conhecerem e fazendo as apresentações entre si, bem como procurando se nivelar como, por exemplo, dizendo que todas as cadeiras são iguais, quando está na cara que não são.(6).

Ênio: O gozado é que todos os analistas são iguais. É a mesma coisa que eu ouvi no meu outro grupo. Saí de lá porque acho que eles não tiveram saco para agüentar o meu jeito agressivo de ser.

Bia: Pois eu estou sentido uma diferença. Estou achando o nosso doutor mais tranqüilo que o outro. Há algo melhor aqui. (Todos do grupo querem saber os nomes dos outros terapeutas e trocam impressões, favoráveis e desfavoráveis, acerca dos mesmos).

T: Querem me conhecer para se certificarem a que tipo de pessoa estão entregando a vida íntima. Nisso, Ênio e Bia falam por todos: tanto posso dar um alimento bom — "tranqüilidade" — como mau — "chavões". Até precisam me testar para saber se eu terei saco para agüentar a agressão a que Ênio aludiu, os às mentiras como Bia expressou, e que provavelmente fazem parte dos recursos que todos vocês venham usando para se defender na vida aí fora(7).

Ênio: (pergunta diretamente ao terapeuta): Não é verdade que em todos os grupos se passa a mesma divisão que o Sr. mostrou agora?

(Seguem-se outras perguntas. O terapeuta não responde diretamente a nenhum)(8).

Ênio: (dirigindo-se ao grupo): Bem, vamos continuar nos conhecendo. (Para Ana): Que bom termos uma médica entre nós. (Para Bia): Engraçado termos aqui uma psicóloga com profundos conhecimentos de psicologia e precisando de tratamento como qualquer ignorante como eu. (Para Cida): Tu falas pouco, mas compensas porque és bonita. (Para Gil): Tu também falas pouquinho, mas em compensação tu és feio.

(Seguem-se comentários, risos e uma troca de impressões entre eles, sem ligar ao terapeuta)(9, 10).

T: O grupo, através de perguntas diretas procurou me dar um papel diretivo. Como não foram atendidos, se sentiram fraudados e, por isso, me ignoraram e elegeram um outro líder — Ênio — bem como procuraram se garantir com substitutos — uma médica e uma psicóloga — para o meu vazio.

Ana: Pois eu estou me sentindo bem aqui.

Diva: Eu estou com saudades do meu outro terapeuta...

Cida: Acho que 90% do tratamento depende é do paciente.

Ênio: Pois eu acho que depende muito mais do terapeuta do que da gente.

Bia: Uma coisa que eu vou querer ver bem aqui é por que é que eu resolvi sair do outro grupo sem avisar. O Dr. X não merecia isso. Quase não dormi essa noite, morta de culpas.

Gil: Agora estou me sentindo melhor, mas eu também quase não dormi essa noite porque desde que o doutor avisou que o grupo ia começar me deu uma baita diarréia. Como eu não conseguia dormir passei quase toda noite desmontando as peças do meu rádio-relógio de cabeceira porque a máquina dentro dele não estava funcionando bem, e agora não sei se vou saber montá-lo novamente. Acho que estraguei ele de vez, que agora sim, não tem mais conserto(11, 12).

Ana: Interessante é que falamos de tudo, menos dos problemas que nos trouxeram aqui.

T: E isso tem uma razão, é como se o grupo todo, e cada um de vocês, estivesse dizendo: antes de nos expormos, precisamos ter a certeza de que não vamos entrar numa fria, precisamos saber com quem estamos nos metendo, tanto em relação aos colegas do grupo, como, principalmente, com o "doutor". Todos estão precisando saber se eu sei o que estou fazendo, ou se correm o risco de que eu seja um mau consertador de aparelhos, que eu desmonte cada um de vocês e depois não saiba fazer a remontagem.(13).

(Após uma breve pausa, em que muitos fazem com a cabeça um gesto de assentimento, o terapeuta prossegue): Por outro lado, vocês também querem saber se não correm o risco de "morrer de culpas", como Bia referiu, quando me atacarem, como fizeram antes, ou se eu tenho condições de suportar tanto as expectativas como a agressão que depositarem em mim.(14).

Ênio: (após o terapeuta ter encerrado a sessão): É sempre assim, quando está começando a ficar bom, termina.

Comentários

A presente sessão não objetiva mais do que servir como um simples exemplo, e fica bem claro que ela permite outras compreensões e outro manejo. O mesmo vale para os comentários que seguem.

1) Nem todos os grupoterapeutas procedem assim. Muitos preferem iniciar o grupo com uma combinação e discussão das regras básicas, sendo que, muitas vezes, isso é feito através da leitura inicial de um texto apropriado. Pessoalmente, tendo em vista que é o caso de uma grupoterapia analítica, preferimos que caiba ao grupo a tomada de iniciativa para a exposição das respectivas dúvidas e angústias, sendo que procu-

ramos esclarecê-las dentro de um contexto de atividade interpretativa. Costumamos combinar as condições básicas (horários, honorários, férias, duração) nas entrevistas individuais preliminares, e preferimos que as demais regras necessárias ao funcionamento do grupo (sigilo, faltas, atrasos, *actings*, etc.) se organizem simultaneamente com a evolução da grupoterapia.

2) Aqui, vale destacar dois aspectos. Um permite esclarecer o que foi visto no Capítulo 5, ou seja, na sala de espera tínhamos um grupo do tipo "serial", e bastou a presença do terapeuta e o formalismo de um enquadre inusitado para dar início à instituição de um grupo propriamente dito, com a formação de um campo grupal, em que o silêncio estava expressando a emergência de expectativas e de ansiedades. O segundo aspecto se refere à atitude do grupoterapeuta e é indicadora de que ele pretende trabalhar com o grupo num nível médio de ansiedade. Sem frustrações e ansiedade não se forma uma dinâmica grupal mais profunda e, por outro lado, uma ansiedade excessiva pode ser causa de abandonos e de uma possível dissolução do grupo.

3) É a forma mais comum de enfrentar a ansiedade frente ao desconhecido.

4) Esta intervenção também permite perceber dois aspectos do campo grupal, e que serão pormenorizados no capítulo seguinte. Um é o uso de mecanismos defensivos, tipo Negação. O segundo aspecto é o da distribuição de papéis. No caso, o paciente Fábio começa a assumir um papel que viria a se confirmar: o de um contemporizador que, mercê do uso de defesas do tipo de formações reativas, se encarrega de negar os sentimentos de natureza agressiva que poderiam resultar da percepção de uma rivalidade entre eles.

5) Persiste a ansiedade diante de uma situação nova e estranha, assim como o controle defensivo de transformar o desconhecido em conhecido. Por outro lado, fica claro que assim como cada indivíduo pode usar o recurso defensivo da Dissociação, também o grupo, como uma totalidade, está dividido, ou seja, dissociado.

6) Uma afirmação distorcida por parte de um paciente, quando não é contestada por ninguém, pode ser tomada como sendo de todos. Por outro lado, percebe-se que a atividade interpretativa — objeto do Capítulo 17 —, além de procurar aliviar a tensão do grupo através do reconhecimento e da compreensão da origem da mesma, também visa destacar, separadamente, mas sempre dentro de um contexto grupal, o papel que cada um começa a exercer. A parte final da intervenção do terapeuta começa a instituir uma linha de conduta: a valorização da verdade e a denúncia do "faz-de-conta".

7) Aqui também, como de resto é em todo início de uma grupoterapia, a interpretação visa, prioritariamente, à necessária integração dos aspectos dissociados. Por outro lado, a alusão ao "saco" deve ser decodificado

por nós como sendo a necessidade que tem um grupo em início de saber se o seu terapeuta é possuidor da capacidade de se comportar como um "bom continente" para poder conter aqueles medos e angústias que cada um não tolera em si próprio. Este atributo do grupoterapeuta, junto com outros também indispensáveis, serão estudados no Capítulo 20.

8) Responder às perguntas diretas, de cada um, neste momento inicial do grupo, representaria um estímulo ao suposto básico de dependência, assim como um reforço às individualidades e, portanto, um prejuízo no intento de uma integração gestáltica.

9) É fácil observar que, à medida que o terapeuta não assume o papel que o grupo espera dele, vai sendo ignorado e castigado com uma marginalização, enquanto o seu vazio vai sendo preenchido pela emergência de um líder inicial de características maníacas.

10) A continuidade da grupoterapia confirmou que este paciente — Ênio — foi malselecionado para a composição deste grupo (conforme o exposto no Capítulo anterior) pela razão de ter assumido o papel de um "monopolista crônico" refratário às interpretações. À pergunta do que teria levado o novel grupoterapeuta a selecionar este paciente com características narcisísticas e maníacas tão exageradas e salientes, ele encontrou a resposta num sentimento contratransferencial despertado nas entrevistas de seleção. Assim, ansioso diante da perspectiva de que prevalecessem pacientes deprimidos na composição deste seu primeiro grupo analítico, ele sentiu a necessidade de contar com alguém muito falante e "agitado" que o protegesse contra o risco de o grupo vir a mergulhar em silêncios e, daí, a morrer de inanição...

11) Tanto nessa intervenção de Gil, como na anterior de Bia, podemos perceber o movimento das ansiedades emergentes (capítulo seguinte). Assim, neste momento da sessão, com a ansiedade paranóide um pouco atenuada, começa a emergir uma, subjacente, ansiedade de tipo depressivo, sob a forma de culpas pelas perdas, e de um medo que a vida psíquica (a "máquina de dentro") de cada um deles esteja irreversivelmente estragada. Esta ansiedade depressiva é simultânea e acrescida ao medo de que também o terapeuta, devido aos mecanismos de identificação projetiva dos pacientes, fique revestido com os aspectos desvalorizados deles e que, por isso, os estragará de vez.

12) Por outro lado, é chamativa a coincidência de que um paciente (Gil) que praticamente não falou ao longo da sessão, tenha comunicado a sua ansiedade através de uma linguagem não verbal (assunto do Capítulo 17), tanto sob a forma da ação simbólica (desmontagem do rádio-relógio), como através da linguagem da somatização (é como se através da diarréia estivesse dizendo: "estou me cagando de medo").

13) Chama a atenção que as interpretações desta sessão estejam centradas exclusivamente no aqui-agora transferencial. Tal conduta se impõe sem-

pre que as angústias estiverem muito elevadas e está sendo óbvio que a experiência emocional está sendo vivida diretamente com o terapeuta. No entanto, nem sempre as coisas se passam assim, como será explicitado no capítulo que trata da atividade interpretativa.

14) Habitualmente é recomendável que o grupoterapeuta, ao término da sessão, faça uma intervenção que sintetize os principais movimentos que ocorreram ao longo dela com a finalidade de integrar os aspectos dissociados.

Os comentários que foram inseridos à transcrição de alguns dos movimentos da sessão têm o propósito de, a modo de um preâmbulo, preparar e remeter o leitor para alguns dos temas já abordados, como os da seleção e da composição do grupo, e para outros, que seguirão, pertinentes aos fenômenos que se passam na dinâmica do campo grupal.

Orientação Bibliográfica

1. DELLAROSSA, A. "Planteos técnicos en una primera sesión". Em: *El Grupo Psicológico*. pp. 11-20. 1959.
2. GRIMBERG, L. et al. "Iniciación de un grupo". Em: *Psicoterapia Del Grupo*. pp. 75-100. 1957.
3. GROTJAHN, M. "O Grupo Iniciante". Em: *A arte e a técnica da Terapia Analítica de Grupo*. pp. 78-124. 1977.
4. MILLER DE PAIVA, L. "Início de um grupo". Em: *Psicanálise de Grupo*. pp. 80-88. 1991.
5. ZIMMERMANN, D. "Características Gerais do Grupo Terapêutico". Em: *Estudos sobre Psicoterapia Analítica de Grupo*. pp. 45-67. 1971.

Terceira Parte

OS FENÔMENOS DO CAMPO GRUPAL

9

CAMPO GRUPAL: ANSIEDADES, DEFESAS, IDENTIFICAÇÕES

A ilustração clínica do capítulo anterior evidenciou o fato de que a formação de um grupo vai além de uma simples soma de indivíduos com problemas exclusivamente pessoais. A reunião de todos eles e mais o terapeuta, para uma tarefa comum, gerou a formação de um campo dinâmico, no qual se entrecruzam necessidade, desejos, ataques, medos, culpas, defesas, papéis, identificações, movimentos resistenciais, transferências e contratransferências, etc.

Como tudo isso se processa simultaneamente, às vezes de forma muito rápida e confusa, exige que o grupoterapeuta tenha bem discriminado para si os principais elementos que compõem a dinâmica do campo grupal.

Este capítulo, tomando como base as conceituações da teoria psicanalítica, pretende fazer uma revisão dos três aspectos que se constituem como a coluna-mestra na formação dos processos inconscientes que gravitam no campo grupal: 1) Ansiedades. 2) Defesas. 3) Identificações.

ANSIEDADES

Habitualmente, os termos *ansiedade* e *angústia* são tomados como sinônimos. Creio ser útil estabelecer uma distinção. A Angústia (vem do latim *angor*, que significa "estreitamento") se manifesta por uma sintomatologia somatiforme, do tipo de sensações de estreitamento, como é o caso da dispnéia suspirosa, opressão pré-cordial, etc. Ansiedade expressa uma "ânsia", ou seja, um desejo impossível e, por isso, ela se forma no ego com a finalidade de sinalizar que algum perigo ameaça o equilíbrio interno. No entanto, nem sempre o sinal de alarme da ansiedade se traduz por sintomas de angústia livre.

Os estados de ansiedade, mais essenciais e típicos, são os seguintes:

1) **Ansiedade de aniquilamento.** (também conhecida com as denominações de: ansiedade de desintegração; catastrófica; terror sem nome; despedaçamento; desmembramento, etc). Na escala evolutiva, esta ansiedade é a mais primitiva de todas e corresponde a uma provável sensação da criança de que ela e o seu corpo vão se desintegrar em pedaços. Isso se deve, em grande parte, ao fato de que o aparelho mental do bebê ainda não tem uma maturação neurobiológica capaz de absorver o formidável impacto de estímulos provindos de fora e de dentro dele. É imprescindível que o terapeuta saiba que esse aspecto pode se constituir como um importante ponto de fixação para futuras regressões, como costuma ocorrer em estados psicóticos, ou doenças psicossomáticas, por exemplo.
2) **Ansiedade de fusão-despersonalização.** (ou de "engolfamento"). Sabemos que há uma etapa evolutiva na qual a criancinha está simbiotizada com a mãe e, portanto, ainda não se diferenciou dela e, muito menos, se individualizou. No paciente adulto de fortes tendências à contração de vínculos simbióticos, essa ansiedade irá se manifestar pelo seu apavoramento ante a possibilidade de fundir-se (tragar ou ser tragado) com o outro e, daí, perder a sua individualidade e identidade.
3) **Ansiedade de separação.** Como contraparte da situação anterior, esta ansiedade forma-se quando a criança ainda não conseguiu desenvolver um núcleo de confiança afetiva básica em relação à mãe, de quem depende completamente, e, devido ao medo de vir a perdê-la, não consegue(m) se separar e vive(m) grudada(s).(*)
4) **Ansiedade da perda do amor.** A criança sente-se em condições de dispensar a constante presença física da mãe. No entanto, devido à ação de suas fantasias inconscientes, ela se mantém em permanente estado de sobressalto quanto a um possível abandono por parte da mãe, como um revide desta.
5) **Ansiedade de castração.** Surge como decorrência dos conflitos edípicos.
6) **Ansiedade devida ao superego.** Herdeiro direto do complexo de Édipo, o superego ameaça o indivíduo com severas punições, caso as suas expectativas e exigências não forem cumpridas.

Um outro vértice de classificação dos tipos de ansiedade é o de, seguindo o modelo kleiniano, levar em conta os conflitos entre as inatas pul-

(*) No paciente fóbico podemos observar nitidamente a coexistência e alternância das ansiedades de fusão, com a de separação. Este tipo de paciente costuma regular a distância que ele deve manter das pessoas (terapeuta, por exemplo): nem longe demais, para não se perder do outro, e nem perto demais para não se perder no outro. Esses mesmos movimentos de aproximação e de afastamento são observados comumente nos grupos.

sões agressivas — representadas pelas fantasias inconscientes — e os primitivos recursos defensivos do ego. Nessa abordagem, são três os tipos básicos de ansiedades: paranóide (temor de um ataque ao ego); depressivo (temor da destruição dos objetos) e confusional (momentos de transição entre as duas anteriores). Os tipos de ansiedade que surgem no campo grupal variam de acordo com o momento evolutivo deste, e tanto podem estar restritos a determinados indivíduos como podem estar expressando o que se passa com a totalidade grupal. Assim, a ilustração do capítulo anterior evidenciou claramente a irrupção de ansiedades paranóides (estão contidas no suposto básico de luta e fuga, de Bion) e que, de resto, a experiência clínica comprova que elas estão sempre presentes em qualquer início de grupoterapia.

Não é demais repetir a importância de quatro aspectos, relativamente ao surgimento da ansiedade no campo grupal. Um é o fato de que a presença de um certo grau de ansiedade é terapeuticamente útil. O outro, consiste em que, muitas vezes, a ansiedade somente se manifesta indiretamente, através, por exemplo, de somatizações e de *actings*. O terceiro aspecto se refere à necessidade de que o grupoterapeuta reconheça qual é a ansiedade que está sendo comum ao grupo todo (inclusive ele próprio) para que ele possa exercer a função interpretativa adequada. O último aspecto que merece ser destacado é que um dos fatores que concorre muito para a formação do senso de identidade de um indivíduo é o estabelecimento e o reconhecimento de suas diferenças com os demais, sendo que isso é mais facilitado em tratamentos grupoterápicos pela própria natureza deles.

MECANISMOS DE DEFESA

Supõe-se que, desde o nascimento, o ego do bebê está, ativamente, utilizando defesas que visam a protegê-lo da inundação dos diferentes e fortes estímulos provindos de variadas fontes. Inicialmente, tais defesas são arcaicas e de natureza mágica (onipotência, negação, dissociação, projeção, introjeção, idealização, anulação, deslocamento, condensação ...), mas elas fazem parte essencial do processo evolutivo normal. Com o amadurecimento do ego, novas e mais organizadas defesas vão sendo utilizadas, como a repressão, a formação reativa, a transformação ao contrário, a racionalização, a sublimação, etc.

São tão bem conhecidos esses mecanismos defensivos que seria fastidioso detalhá-los aqui. Basta dizermos que todos eles, conforme a intensidade e a finalidade de seu uso pelo ego, tanto podem estar a serviço da saúde como da patologia psíquica. Um claro exemplo para ilustrar essa afirmativa está no uso da identificação projetiva — sempre muito presente no campo grupal — a qual tanto pode constituir-se como a base da formação da *empatia* (capacidade de colocar-se no lugar do outro), como pode ser a causa de distorções de percepção, os quais

podem atingir o grau máximo de falsificação da realidade, como é o caso das percepções alucinatórias e o da ideação de natureza delirante.

Determinadas defesas que estão muito estratificadas em indivíduos podem ser mais facilmente modificadas no tratamento grupal do que no individual. Assim, alguns componentes do grupo pressionam outros para que se dêem conta do emprego das distorções de percepção e ideação, assim como costumam fazer um aberto desafio às negações e, desse modo, estão contribuindo para o levantamento da repressão dos demais.

IDENTIFICAÇÕES

A aquisição de um sentimento de identidade coeso e harmônico resulta do reconhecimento e da elaboração das distintas identificações parciais que, desde os primórdios, foram se incorporando no indivíduo através da introjeção do código de valores dos pais e da sociedade. Esse processo se complica na medida em que cada um dos objetos modeladores é, por sua vez, introjetado com as respectivas identificações parciais e as complicações deles próprios.

É tão freqüente a reprodução de tais processos identificatórios no campo grupal que a sua relevância justifica que se faça uma breve revisão da metapsicologia das identificações.

A identificação é um processo, ativo, do ego do indivíduo e consiste em que este venha a se tornar idêntico a um outro (de acordo com a etimologia: identificar é o mesmo que "ficar idem").

Há muitas formas de como se processa a identificação. Inicialmente, é útil fazer uma distinção entre proto-identificação e identificação propriamente dita. As proto-identificações são de natureza mais arcaica, e se configuram por uma das quatro modalidades seguintes: a) Adesiva (não houve o "desgrude" da mãe e, nesse caso "ter" a mãe (ou o terapeuta) é o mesmo que "ser" a mãe). b) Especular (a criança comporta-se como se fosse uma mera imagem que somente reflete os desejos da mãe ou, vice-versa, encara os outros como sendo simples prolongamento de si próprio). c) Adictiva (decorre do anterior e consiste em que, devido à falta de figuras solidamente introjetadas, o indivíduo fica sem identidade própria e, por isso, fica "adicto" a certas pessoas que o completam e complementam). d) Imitativa (na evolução normal ela é um primeiro passo para a identificação normal, no entanto, muitas vezes, pode se constituir como uma forma permanente de personalidade camaleônica).

Em grupos maiores, como por exemplo uma gangue ou uma turma de adolescentes, costumam se formar identificações mútuas entre os seus membros. Tais identificações promovem um sentimento de unificação e de pertinência; portanto uma identidade grupal, que os protege contra a perda total do sentimento de identidade, mas que acarreta um grave prejuízo no funcionamento emancipado do ego de cada um deles.

As identificações propriamente ditas resultam de um processo de introjeção de figuras parentais dentro do ego e do superego, o que pode ocorrer através de uma das seguintes formas:

1) Com a figura amada e admirada (é a que constitui as identificações mais sadias e harmônicas).
2) Com a figura idealizada (costuma ser frágil e não suporta as frustrações).
3) Com a figura odiada (configura o que se conhece como "identificação com o agressor").
4) Com a figura perdida (é a base dos processos depressivos).
5) Com a figura atacada (creio que poderia ser denominada como "identificação com a vítima").
6) Com alguns aspectos parciais dessas figuras acima (por exemplo, a presença de um mesmo sintoma, ou um mesmo maneirismo, etc.)
7) Com os valores que lhe foram impostos (na base do "Tu vais ser igual à louca da tia Maria", etc.).

A identificação também pode resultar das cargas de identificações projetivas pelas quais o indivíduo, que não consegue conter dentro de si próprio os seus aspectos maus (mas também podem ser os bons), os projeta dentro de outros, que então passam a ser sentidos como idênticos a ele.

Em forma resumida, podemos dizer que as identificações se processam em três planos: na voz ativa (o sujeito identifica algo ou alguém); na voz passiva (ele foi identificado com, e por, alguém) e na voz reflexiva (o sujeito se identifica com um outro).

No campo grupal, tais processos identificatórios, projetivos e introjetivos, em conjunção com as proto-identificações antes referidas, costumam ocorrer de uma forma freqüente, intensa e mutável, e constituem o que se costuma denominar "identificações múltiplas e cruzadas".

Pela mesma razão, o campo grupal já foi comparado com uma "galeria de espelhos" ([1]), onde cada um se reflete e é refletido nos, e pelos, demais. Nesse contexto, a pessoa do grupoterapeuta, como um novo modelo para identificações, adquire uma importância especial.

Um aspecto muito importante que deve ser destacado é que a configuração das diversas identificações parciais de cada indivíduo irá determinar, em grande parte, a formação de sua Identidade, tanto a individual, como a grupal. Faz parte de uma grupoterapia exitosa que os pacientes consigam discriminar entre a suas identificações sadias e as patógenas, promover a desidentificação com essas últimas e propiciar novos modelos para reidentificações, de uma maneira que possibilite a definição de uma Identidade autêntica e estável.

EXEMPLO CLÍNICO (Nº 2)

A vinheta clínica que segue objetiva exemplificar como os processos identificatórios podem se processar na situação grupoterápica.

Trata-se de uma grupoterapia analítica, sendo que dois fatos marcantes antecederam a sessão que, a seguir, será utilizada como ilustração: um, é que a grupoterapeuta, por viagem, não atendera na semana anterior, o outro fato é que, no último encontro, foi proposto ao grupo a entrada de um novo elemento.

A sessão começa com o paciente A. fazendo um emocionado e detalhado desabafo contra o jeito submetedor de sua esposa, e se queixa que a mesma "caga e anda para ele".

A paciente B o interrompe e o aconselha a separar-se de sua mulher. Em um tom de crescente indignação e exaltação, B lembra que a sua mãe também tinha um jeito submetedor e que, portanto, ela estava autorizada a dizer que o caso é irreversível e que a separação imediata é a única saída.

A seguir, o paciente C diz que A deve esperar até melhorar bastante com o tratamento e só então decidir se convém ou não ele separar-se da mulher.

B e C começam a discutir acremente em defesa de seus respectivos pontos de vista, até que B, que se mostrava muito irada e intolerante, "ordena" que é a terapeuta quem vai dar a palavra final.

A grupoterapeuta assinala as queixas contra a figura feminina e interpreta o fato de que as pessoas do grupo se sentiram abandonadas (pelas suas faltas seguidas) e traídas (pelo anúncio da entrada de um novo).

Alguns pacientes discordam, porém C confirma que ele sentiu-se traído pelo fato de que o novo que vai entrar é um adolescente e que, portanto, deve ser uma pessoa muito agressiva.

A terapeuta aponta que C expressa, pelos demais, o medo que cada um deles tem dos seus aspectos agressivos, sendo que estes surgem especialmente quando se sentem humilhados por pessoas submetedoras, tal como aconteceu em relação às figuras parenterais no passado, e como está acontecendo no aqui-agora da sessão em relação a ela, terapeuta, investida pelo grupo no papel de uma mãe tirânica.

A sessão prossegue com esta temática, com alguns integrantes evocando situações do passado familiar em que se sentiram maltratados, assim como foram assinaladas algumas semelhanças entre o comportamento das pessoas que eles estavam criticando com o deles próprios.

COMENTÁRIOS

Uma atenta observação permite reconhecer três tipos de identificações que se evidenciaram no curso dessa sessão.

1) A totalidade do grupo (representado por B) identificou-se com a condição de uma criança abandonada e submetida (como A estava se apresentando).
2) Os pacientes do grupo identificam (nas pessoas da esposa de A e na grupoterapeuta) uma mãe má e submetedora.
3) A paciente B, enquanto estava intolerante e dando ordens, mostra o quanto estava, ela própria, identificada com o jeito que tanto criticara em sua mãe (trata-se de um exemplo típico do que conhecemos como sendo uma "identificação com o agressor").

Além desses, os seguintes aspectos podem ser observados na dinâmica do campo grupal: 1) uso intensivo de mecanismos defensivos projetivos e introjetivos, responsáveis pelo jogo das múltiplas identificações; 2) a possibilidade de que o novo elemento venha ser recepcionado com hostilidade, em razão de que a projeção em sua pessoa, da parte adolescente-agressivo de cada um deles, o preconceitua como sendo um intruso e ameaçador para a segurança; 3) as transferências múltiplas e cruzadas.

Um outro ponto que vale destacar é o fato de a terapeuta não ter intervido na "briga" entre os irmãos, apesar de ter sido acionada para tanto; pelo contrário, ela mostrou uma capacidade de "continência", ou seja, pôde conter os aspectos da agressão manifesta.

Orientação Bibliográfica

1. FOULKES, S. H. y ANTHONY, E. J. *Psicoterapia Psicoanalítica de Grupos*. 1964.
2. MILLER DE PAIVA, L. "Mecanismos de defesa em grupoterapias". Em: *Psicanálise de Grupo*. pp. 199-204. 1991.
3. MORESCO, M. B. "La Identificación en grupos". Em: *Grupo é Psicoanalises?* pp. 34-37. 1988.
4. PUGET, J. et al. "Ansiedades Básicas Grupales y sus Defensas: Configuraciones". Em: *El Grupo y Sus Configuraciones*. pp. 26-29. 1991.

10

PAPÉIS. LIDERANÇAS

Da mesma forma como ocorre num sistema familiar, institucional, ou social, também um grupo terapêutico comporta-se como uma estrutura na qual há uma distribuição complementária de papéis e posições. Podemos dizer que em cada papel se condensam as expectativas, necessidades e crenças irracionais de cada um e que compõem a fantasia básica inconsciente comum ao grupo todo.

A afirmação de que qualquer grupo cria, desde o seu inconsciente grupal, um sistema de papéis, encontra uma confirmação estatística: basta um exercício de memória, por parte do leitor, para que, certamente, lembre-se de que em qualquer de suas diversas turmas de colegas de primário, ou ginásio, etc. sempre houve alunos que assumiram e se destacaram ora no papel de "puxa-saco", ora no de alvo de "gozação", ou no de "geniozinho", ou de "burro", ou de "líder", e assim por diante, sendo que a imagem que se guarda do grupo de professores também pauta pelo mesmo nível.

Assim, há sempre, em qualquer grupo, um permanente jogo de adjudicação e de assunção de papéis, sendo que um seguro indicador de que está havendo uma boa evolução grupal é quando os papéis deixam de ser fixos e estereotipados e adquirem uma plasticidade intercambiável. À medida que os papéis forem sendo reconhecidos, assumidos e modificados, os indivíduos vão adquirindo um senso de sua própria identidade, assim como uma diferenciação com a dos demais.

A experiência clínica comprova que, ao longo da evolução de um grupo, os papéis que mais comumente costumam ser adjudicados e assumidos pelos seus membros costumam ser os seguintes:

1) **Bode expiatório.** Neste caso, toda a "maldade" do grupo fica depositada em um indivíduo que, se tiver uma tendência prévia, servirá como depositário, até

vir a ser expulso, o que, aliás, é comum. Nesses casos, o grupo sairá em busca de um novo bode... Decorre daí a enorme importância de que o grupoterapeuta reconheça e saiba manejar tais situações. Outras vezes, o grupo modela um bode expiatório sob a forma de um "bobo da corte" que diverte a todos e que, por isso mesmo, ao contrário de uma expulsão, o grupo faz questão de conservá-lo.

A teoria sistêmica denomina o membro de uma família que assume esse papel de "paciente identificado". Por outro lado, no contexto da macrossociologia, a condição de bode expiatório se manifesta nas minorias raciais, religiosas, políticas, etc.

2) **Porta-voz.** Cabe ao portador deste papel mostrar mais manifestamente aquilo que o restante do grupo pode estar, latentemente, pensando ou sentindo. No entanto, essa comunicação do porta-voz não é feita somente através da voz (reivindicações, protestos, verbalização de emoções, etc.), mas também através da linguagem extraverbal das dramatizações, silêncios, *actings*, etc.

Uma forma muito comum de porta-voz é a função do indivíduo contestador. Nesses casos, é imprescindível que o grupoterapeuta (da mesma forma que os pais, numa família) saiba discriminar quando a contestação é, sistematicamente, de ordem obstrutiva ou quando ela representa ser necessária, corajosa e construtiva.

3) **Radar.** Este papel cabe geralmente ao indivíduo mais regressivo do grupo, como é o caso de um paciente *borderline* em um grupo de nível neurótico, por exemplo. Neste caso, esse paciente, antes que os demais, capta os primeiros sinais das ansiedades que, ainda em estado larvário, estão emergindo no grupo. Esse papel também é conhecido como "caixa de ressonância", em razão de que tal paciente-radar, por não ter condições de poder processar simbolicamente o que captou, pode vir a expressar essas ansiedades em sua própria pessoa através de somatizações, ou abandono da terapia, ou de crises explosivas, etc.

4) **Instigador.** Apesar de não se encontrar na literatura uma referência explícita a este papel, ele é muito comum e importante nos grupos. Consiste na função do indivíduo em provocar uma perturbação no campo grupal, através de um jogo de intrigas, por exemplo, assim mobilizando papéis nos outros. Assim, o instigador consegue dramatizar no mundo exterior a reprodução da mesma configuração que tem o seu grupo interior, bem como a dos demais que aderiram a esse jogo.

5) **Atuador pelos demais.** É uma modalidade de papel que consiste no fato de a totalidade do grupo delegar a um determinado indivíduo a função de executar aquilo que lhes é proibido, como, por exemplo, infidelidade conjugal, aventuras temerárias, hábitos extravagantes, sedução ao terapeuta, etc. Em tais casos, o restante do grupo costuma emitir dupla mensagem: subjacente à barragem de críticas que eles dirigem às "loucuras" desse membro, pode-se perceber um disfar-

çado estímulo, um gozo prazeiroso e uma admiração pelo seu delegado, executador de seus desejos proibidos.

6) **Sabotador.** Conforme este nome indica, o paciente que desempenha o papel de sabotador, através de inúmeros recursos resistenciais, procura obstaculizar o andamento exitoso da tarefa grupal. Em geral, o papel é assumido pelo indivíduo que seja portador de uma excessiva inveja e defesas narcisísticas.

7) **Vestal.** Da mesma forma como é regra nas instituições, também nos pequenos grupos é muito comum que alguém assuma o papel de zelar pela manutenção da "moral e dos bons costumes". Um exagero nesse papel constitui a tão conhecida figura do "patrulheiro ideológico" que obstrui qualquer movimento no sentido de uma criatividade inovadora. Há um sério risco — nada incomum — de que o papel venha a ser assumido pelo próprio grupoterapeuta.

8) **Líder.** Nas grupoterapias, o papel de líder surge em dois planos. Um é o que, naturalmente, foi designado ao grupoterapeuta. O outro é o que surge, espontaneamente, entre os membros do grupo. Neste caso, a liderança adquire matizes muito diferenciadas, desde os líderes construtivos que exercem o importante papel de integradores e de construtores do *espirit de corps*, até os líderes negativos, nos quais prevalece um excessivo narcisismo destrutivo.

A natureza e a função da liderança exigem um estudo mais detalhado.

LIDERANÇAS

O termo "Liderança" pertence a muitas áreas humanísticas, como as da Psicologia, Sociologia, Política, etc. e, por isso, pode ser conceituado a partir de vários pontos de vista, sendo que qualquer intento de classificação deve levar em conta o critério de abordagem empregada. Assim, é útil que, antes de mais nada, se estabeleça uma distinção entre as lideranças que se processam nos macrogrupos (como as turbas e multidões, comunidades, sociedades e nações) e nos microgrupos (são os que conservam a comunicação visual e verbal entre todos os integrantes).

Estritamente sob o ponto de vista da psicologia psicanalítica, é imprescindível que o estudo das lideranças se fundamenta em três vertentes: Freud, Bion e Pichon Rivière.

Freud, em seu importante trabalho de 1921, *Psicologia das Massas e Análise do Ego*(4), descreveu o processamento de três tipos de formação de lideranças: em turbas primitivas, na Igreja e no Exército.

Na primeira delas, alicerçado nos estudos de Le Bon, Freud evidenciou a possibilidade de um sujeito vir a perder a sua identidade individual, sempre que estiver absorvido por uma massa. Em tais situações, esse indivíduo perde os

referenciais de seus princípios e valores habituais, para seguir, às vezes cegamente, aqueles que são ditados pela liderança, a qual, nesses casos, costuma ter características carismáticas.

A Igreja foi utilizada por Freud como um modelo de liderança que se processa através do fenômeno introjetivo, ou seja, todos os fiéis incorporam a figura de um mesmo líder — na Igreja cristã é a figura de Jesus Cristo, o qual, por sua vez, é o representante de Deus. Forma-se, pois, uma identificação generalizada com um líder abstrato, e isso mantém a unificação de todos os fiéis (é útil lembrar que a palavra Religião se forma a partir de *re* e *ligare*, ou seja, como uma renovada tentativa de ficar ligado, de uma forma unida e fundida com Deus, por sua vez, é uma representação simbólica da fusão da mãe primitiva com a do pai todo-poderoso).

Em relação ao Exército, Freud ensina que a liderança se processa através da projeção, na pessoa do comandante, das aspirações ideais de cada um dos comandados.

Essa triplice conceituação de Freud acerca da formação de líderes, se for vertida para a terminologia analítica corrente, pode ser assim entendida: o líder carismático de uma massa primitiva corresponde a uma fase evolutiva muito regressiva, de natureza narcisista-simbiótica, em que ainda não se processou a diferenciação entre o eu e o outro. O modelo religioso de liderança decorre do fenômeno de identificação introjetiva, enquanto a identificação projetiva é o protótipo de como se processa a liderança nas forças armadas.

Bion, emérito psicanalista britânico e pensador original, partindo de suas raízes kleinianas, trouxe uma decisiva contribuição para a compreensão da formação e da significação das lideranças. Uma primeira observação que pode ser extraída de seus estudos(3) é a de que qualquer grupo tem uma necessidade implícita de que sempre haja uma liderança. Dessa forma, as experiências que ele fez com grupos sem líderes formais, mostrou que, em pouco tempo, inconscientemente, formavam-se as inevitáveis lideranças.

Assim, diferentemente de Freud, que considerava o grupo como um emergente do líder (isto é, o líder como sendo alguém de quem o grupo depende e de cuja personalidade vão derivar as qualidades dos demais), Bion fundamentou a postulação de que o líder é que é um emergente do grupo (creio que esse ponto de vista está bem consubstanciado nessa afirmação do grande líder Churchill: "como me escolheram como líder, eu devo ser comandado por vocês").

A partir dessa concepção do líder como um emergente do grupo, deve-se entender que na patologia das instituições, ou de um grupo, a liderança pode ser a manifestação de um sintoma e não a sua causa.

Seguindo a este critério de abordagem, pode-se entender a formação de líderes a partir da conceituação de "Supostos básicos", de Bion. Como sabemos, esse autor descreveu três tipos de inconscientes supostos básicos.

O primeiro é o de "Dependência, pelo qual o grupo se reúne à espera de ser sustentado por um líder de quem depende para a sua alimentação material, espiritual e proteção: neste caso, o ideal é um líder de natureza carismática.

O segundo tipo de suposto básico é o de "Luta e Fuga", em que o grupo está reunido para lutar contra algo ou dele fugir: o seu líder terá características paranóide-caudilhescas.

O terceiro tipo é o de "Acasalamento" (*pairing*, no original) ao qual deve ser dada uma conceituação mais ampla do que o sugerido pela tradução do nome, já que ele independe do sexo dos participantes e do número destes. Este suposto básico refere-se fundamentalmente às demonstrações de "esperança" do grupo. Habitualmente, ele é verbalizado sob a forma de idéias de que acontecimentos futuros (casamento, nascimento de filhos, entrada de novos pacientes, etc.) salvarão a todos das incapacidades neuróticas. O líder ideal dessa esperança utópica vindoura é alguém possuidor de características messiânicas.

Na prática clínica, as coisas não se passam tão esquematicamente assim, pois o que se observa é uma maior diversificação e arranjos combinatórios dos supostos básicos, bem como uma freqüência de flutuações, entre estes, ao longo do tratamento.

Pichon Rivière(8), importante psicanalista argentino e reconhecido criador de conceitos originais acerca de Grupos Operativos, descreveu os seguintes quatro tipos de lideranças: autocrática, democrática, *laissez-faire*, demagógica.

A liderança autocrática habitualmente é exercida por pessoas de características obsessivo-narcisísticas, sendo que ela é própria de grupos compostos por pessoas inseguras e que não sabem fazer um pleno uso de sua liberdade. A liderança democrática não deve ser confundida com o de uma liberalidade ou licenciosidade; pelo contrário, uma democracia sadia implica em uma hierarquia, com a definição de papéis e funções, e num claro reconhecimento dos limites e das limitações de cada um. A liderança do tipo *laisez-faire* alude a um estado de negligência e, por isso, o seu maior risco consiste na falta de um continente para as angústias, dúvidas e limites, sendo que daí decorre uma alta possibilidade da prática de *actings* de natureza maligna. A liderança demagógica é aquela na qual o líder costuma ter uma caracterologia do tipo "falso *self*", sendo que a sua ideologia é construída mais em cima de frases retóricas do que de ações reais; essa liderança provoca decepções e, daí, um reforço no desânimo dos liderados, devido ao incremento do velho sentimento de desconfiança que eles devem ter tido em relação à credibilidade dos respectivos pais.

Creio que a classificação de P. Rivière ficaria mais completa se dela constasse um quinto tipo de liderança que, acompanhando a evolução sociocultural dos grupos humanos, tem evidenciado uma presença cada vez mais freqüente: trata-se do líder narcisista. Como é notório, este tipo de líder costuma utilizar os mais diferentes meios — desde os suaves e sedutores, por vezes melífluos, até o emprego de uma energia exuberante, por vezes carismática e toda-poderosa — que, no entanto visam, sempre, manter com os seus liderados um conluio inconsciente que têm por base uma relação de poder. Tal conluio consiste em que o líder assegura e reassegura aos seus liderados a gratificação das necessidades básicas, como a da garantia de proteção e amor, desde que eles, reciprocamente, o alimen-

tarem, continuamente, com aplausos e votos de uma admiração incondicional. No fundo, tal processo de mútua gratificação objetiva garantir a preservação da auto-estima e do sentimento de identidade de cada um e de todos. Essa liderança narcisista, em situações mais extremas, adquire nos liderados as características de uma fascinação e deslumbramento pelo seu líder, sendo que é útil consignar que a etimologia da palavra deslumbre, formada de: *des* (privação) + *lumbre* (luz), indica claramente o quanto estes liderados pagam um preço elevado pela garantia do amor desse líder: ficam cegados de suas reais capacidades e atrofiam a sua criatividade, enquanto hiperatrofiam a dependência.

Em certas instituições é possível observar esse tipo de liderança, em que os princípios do ideal do ego — os éticos, estéticos e jurídicos — estão conluiados e depositados na pessoa do líder narcisista. Nos casos exagerados, a submissão ou a rebelião (muitas vezes, com a formação de dissidências) se constituem como os extremos que os liderados utilizam para enfrentar essa situação.

Creio ser importante chamar a atenção para o fato de que comumente a liderança autocrática aparenta ser mais violenta do que a narcisística (a palavra violência se origina do étimo latino *vis*, que significa força, como em "vigor", e ela alude a uma má utilização dessa força). Há, no entanto, um equívoco nessa apreciação, pois, se olharmos mais atentamente, vamos perceber que em uma instituição, como de ensino-formação, por exemplo, o líder autoritário impõe de forma aberta a sua ideologia, mas não tira a capacidade de pensar dos seus alunos, enquanto o líder narcisista aparentemente não impõe, porém através da fascinação e do emprego de imperativos categóricos que modelam e definem as suas expectativas (ideal do ego), ele deslumbra, isto é, ele alimenta bem o aluno ao mesmo tempo em que o cega e infantiliza (é interessante registrar que o termo "aluno" é derivado de *alere*, que significa "ser alimentado").

Essas últimas considerações adquirem uma especial significação nas grupoterapias, pelo fato de não ser raro que o seu líder natural - o grupoterapeuta — ao invés de propiciar uma atmosfera de indagação, contestação, reflexão, e exercício de liderança para todos, possa estar mantendo os pacientes de grupo unidos através de uma fascinação narcísica veiculada por uma atitude sedutora e belas interpretações. Daí, é possível que, embora todos os participantes do grupo estejam satisfeitos e gratificados, haja o risco de que o processo analítico propriamente dito esteja esterilizado.

Depreenda-se daí que o conceito de liderar não é o mesmo que o de mandar (mas sim, de co-mandar) e, da mesma forma, aceitar uma liderança não deve ser sinônimo de submissão ou de uma dependência em que não haja uma relativa autonomia por parte do liderado.

Uma outra forma de entender a complementaridade dos papéis em um grupo é a partir da concepção de que assim como todo o indivíduo se comporta como um grupo (de personagens internos), também qualquer grupo se comporta como uma individualidade. Dessa forma, se pensarmos em termos da teoria estrutural da mente, verificamos que parte dos componentes do grupo — terapeuta

inclusive — em forma alternante, podem estar representando as pulsões do Id, enquanto os outros representam as funções e capacidades do Ego, ou as críticas e proibições do Superego. O grupoterapeuta deve ficar especialmente atento para a possibilidade de que a totalidade do grupo deposite nele as capacidades do ego, tais como as de perceber, pensar, sentir, saber e comunicar, enquanto os pacientes fiquem esvaziados pela razão de que eles projetaram o melhor de suas capacidades no terapeuta, em torno do qual eles passam a gravitar.

Um seguro indicador de que uma grupoterapia está evoluindo exitosamente é a constatação de que esteja havendo uma alternância e modificação nos papéis desempenhados pelos membros, especialmente aos papéis que se referem às lideranças.

Orientação Bibliográfica

1. BERNARD, M. "La estructura de roles como lenguaje y el estatuto de los processos inconscientes en la terapia grupal". Em: *El Grupo y Sus Configuraciones*. pp. 37-47. 1991.
2. BERSTEIN, M. "Os Papéis-Verticalidade e Horizontalidade". Em: *Grupoterapia Hoje*. pp. 110-115. 1986.
3. BION, W. R. "Una revisón de la Dinámica de Grupos". Em: *Nuevas Direcciones en Psicoanalisis*. pp. 423-457. 1965.
4. FREUD, S. "Psicologia das Massas e Análise do Ego". Em: *Vol. XVIII da Standard Ed.*, 1972.
5. GRIMBERG, L. et al. "La Naturaleza y Función del Líder". Em: *Psicoterapia Del Grupo*. pp. 83-89. 1957.
6. KERNBERG, O. "A Regressão nos Líderes". Em: *Mundo Interior e Realidade Exterior*. Imago. pp. 271-291. 1989.
7. O DONNELL, P. "Rol". Em: *Teoria y Técnica de la psicoterapia grupal*. pp. 55-78. 1984.

11

ENQUADRE *(SETTING)* GRUPAL

O enquadre é conceituado como a soma de todos os procedimentos que organizam, normatizam e possibilitam o processo terapêutico. Assim, resulta de uma conjunção de regras, atitudes e combinações, como, por exemplo, o local, horários, número de sessões semanais, tempo de duração da sessão, férias, honorários, número de pacientes, se aberto ou fechado, etc.

Tudo isso se constitui como sendo "as regras do jogo", mas não o jogo propriamente dito. Contudo, isso não quer dizer que o *setting* se comporte como uma situação meramente passiva; pelo contrário, ele está sob uma contínua ameaça em vir a ser desvirtuado e serve como um cenário ativo da dinâmica do campo grupal, que resulta do impacto de constantes e múltiplas pressões de toda ordem.

O enquadre grupal varia muito com o nível do objetivo a que se propôs a grupoterapia e com o tipo de formação do grupoterapeuta. Contudo, seja qual for o caso, ele deve, sempre, preservar ao máximo a constância das combinações feitas.

Os principais elementos que devem ser levados em conta na configuração de um *setting* grupal são:

— Se é grupo homogêneo (uma mesma categoria diagnóstica, ou de idade, sexo, etc.) ou heterogêneo (comporta variações no tipo e grau da doença; agrupa homens e mulheres; um mesmo grupo pode abarcar pacientes de 20 a 60 anos...).

— Se é grupo fechado (uma vez composto o grupo, não entra mais ninguém) ou aberto (sempre que houver vaga, podem ser admitidos novos membros).

— Número de participantes: pode variar desde um pequeno grupo com três participantes (ou dois no caso de terapia de casal) até o de um grande grupo, com 15 pessoas.
— Número de sessões: varia de uma a três por semana.
— Tempo de duração da sessão: em média, costuma ser de 60 minutos quando são duas sessões semanais, ou de 90 a 120 minutos quando for uma por semana. Nos grupos denominados "maratona" os encontros se estendem, de forma contínua, durante 12 a 72 horas.
— Tempo de duração da grupoterapia: tanto pode haver uma combinação de um prazo para término (como em grupos fechados, ou em grupos que, mesmo abertos, têm um propósito bem delimitado, mais próprios de instituições), como pode ser de duração indefinida (como nos grupos analíticos, abertos).
— Simultaneidade com outros tratamentos: alguns grupoterapeutas preconizam uma simultaneidade de tratamento grupal e individual, enquanto outros são radicalmente contra este procedimento.
— Participação, ou não, de um observador ou de um co-terapeuta. Tanto uma como outra orientação tem vantagens e desvantagens.

Vale destacarmos mais dois elementos que estão implícitos na composição de um *setting* grupal. Um se refere ao grau de ansiedade em que o grupo trabalha: a grupoterapia não se desenvolve se, no campo grupal, a ansiedade for inexistente ou se ela for excessiva. O outro elemento inerente ao *setting* é o que podemos denominar "atmosfera grupal". Esta depende basicamente da atitude afetiva interna do grupoterapeuta, do seu estilo pessoal de trabalhar, dos parâmetros teórico-técnicos.

Em relação a este último aspecto, é útil lembramos que as clássicas regras técnicas da psicanálise individual, legadas por Freud, e que devem ser mantidas na grupoterapia analítica são as da: livre associação de idéias (conhecida como "regra fundamental"), abstinência, neutralidade, atenção flutuante. A estas quatro regras explícitas deve ser acrescentada uma quinta, implícita em Freud: a regra do amor à verdade. Além destas, uma sexta regra é fundamental nas grupoterapias: a do sigilo, sem o qual o grupo perde a coesão e a confiabilidade.

REGRA DA LIVRE ASSOCIAÇÃO DE IDÉIAS: FENÔMENO DA RESSONÂNCIA

Em seus primeiros estudos sobre técnica psicanalítica, Freud postulou que o analisando deveria formalmente assumir o compromisso em "dizer tudo que lhe viesse à cabeça", e o psicanalista deveria incentivá-lo para tanto, mesmo que tivesse que usar o recurso da pressão. Isso constituía a regra da "livre associação de idéias", também conhecida como a "regra fundamental".

Dois fatores contribuíram para modificar essa recomendação técnica. O primeiro é o fato de que a prática clínica evidenciou o quanto alguns pacientes podiam utilizar esta regra a serviço de suas resistências à análise. O segundo fator se refere às profundas modificações que estão ocorrendo relativamente à concepção de como cura a psicanálise, numa trajetória que vai desde a época pioneira, quando os psicanalistas procuravam (intelectualmente) descobrir os acontecimentos traumáticos reprimidos, até a época atual, em que a ênfase incide na interação (emocional) entre o paciente e o seu psicoterapeuta.

Na atualidade, a expressão "livre associação de idéias" deve ser entendida como um direito em falar tudo o que quiser (ou não falar), antes do que uma obrigação formal, sendo que, além disso, o paciente deve ser estimulado para que ele próprio encontre os elos associativos entre o que diz e o que pensa, sente e faz.

Em grupoterapias, mais especificamente, o relato de cada paciente sofre as inevitáveis restrições impostas pelo *setting* grupal, em que ocorre uma óbvia delimitação do tempo e do espaço de cada um para com os demais.

Assim, a regra da livre associação, no caso das grupoterapias, sofre alguma modificação no sentido de que o fluxo de pensamentos e os sentimentos partem livremente dos indivíduos, mas as cadeias associativas se processam num intercâmbio entre a totalidade grupal.

Há um fenômeno específico dos grupos, conhecido sob o nome de "Ressonância" e que, como o nome sugere, consiste em que, qual um jogo de diapasões acústicos, ou de bilhar, a comunicação que é trazida por um membro do grupo ressoa em um outro, o qual, por sua vez, vai transmitir um significado afetivo equivalente, ainda que, provavelmente, venha embutido numa narrativa de embalagem bem diferente, e assim por diante... A função do grupoterapeuta é a de discernir o tema comum do grupo.

REGRA DA NEUTRALIDADE

Esta regra, que implica na necessidade de o terapeuta manter-se neutro e não ficar envolvido na rede de emoções de seus pacientes, é a que sofre, em grupoterapia, o maior risco em vir a ser desvirtuada em razão da própria natureza do enquadre grupal com a sua multiplicidade de estímulos.

No entanto, é preciso deixar bem claro que o conceito atual de neutralidade não exige que o terapeuta se comporte (às vezes, por inibições fóbicas dele) unicamente como um mero espelho frio, ou como uma esfinge enigmática. Pelo contrário, a noção atual de uma atitude neutra por parte do analista valoriza que este mantenha um intercâmbio afetivo com os seus pacientes, desde que fique bem claro que não pode haver um comprometimento na preservação dos limites e da hierarquia do enquadre grupal. Da mesma forma é importante o fato de que um terapeuta se deixar envolver emocionalmente em uma situação (empatia) não é a mesma coisa que nela ficar envolvido.

O cumprimento da regra da neutralidade adquire uma importância especial no enquadre grupoterápico, tendo em vista a alta possibilidade de que o terapeuta possa ter preferências por determinados componentes, ou certas idiossincrasias por outros e, dessa forma, vir a "tomar partido", assim transgredindo a tão necessária neutralidade. Aliás, uma situação como essa é muito comum em uma terapia de casal, por exemplo, em que a dupla litigante costuma acionar o terapeuta a se definir para que este tome uma determinada posição, de natureza dissociada, pois requer que ele fique do lado de um, e contra o outro.

As eventualidades descritas podem ocorrer em função da possibilidade de que o grupoterapeuta venha a se identificar (introjetivamente) com alguns membros do grupo e/ou, da mesma forma, venha a identificar (projetivamente) outros com os personagens do seu próprio mundo interno.

REGRA DA ABSTINÊNCIA

Freud formulou esta regra técnica preconizando a necessidade de que o analisando se abstivesse em tomar atitudes importantes em sua vida sem antes passar pelo crivo da análise. Da mesma forma, o terapeuta deve se abster em gratificar os pedidos provindos dos pacientes nos casos em que estes visam, sobretudo, à busca de gratificações externas, como uma forma de compensar as carências internas.

Em outras palavras, esta recomendação quer dizer que a melhor maneira de um terapeuta atender às necessidades dos pacientes, é a de entender o *como*, o *porquê*, e, especialmente, o *para que* das mesmas.

Mais especificamente em relação às grupoterapias, é preciso dar um destaque especial à exigência — técnica e ética — de que os pacientes (e o grupoterapeuta) se abstenham em comentar com outras pessoas o que se passa dentro do grupo. É tão importante essa recomendação que ela até merece ser considerada como a "regra do sigilo".

No entanto, é útil esclarecer que a regra da abstinência não deve ser levada ao pé da letra. À medida que o grupo evolui, vai crescendo um clima de confiabilidade recíproca entre os pares, e o compromisso com o sigilo vai se impondo naturalmente, ao mesmo tempo que o intercâmbio afetivo entre eles vai se prolongando para fora das sessões. Assim, é muito freqüente que, no curso das grupoterapias, muitos dos seus componentes se reúnam "pós-grupo" e, da mesma forma, é igualmente comum que eles confraternizem socialmente, muitas vezes com a participação dos respectivos cônjuges, ou namorados, sem que isso afete a manutenção do enquadre grupal básico.

Muitas outras questões poderiam ser levantadas a respeito da preservação do *setting* e que envolvem diretamente a figura do grupoterapeuta: se ele pode ou não participar dos aludidos encontros sociais; qual é a sua forma de cumprimentar, ou de combinar e receber honorários; qual é a sua maneira de proceder em

relação à entrada de um novo membro; a forma de ele se relacionar com o, eventual, co-terapeuta, e assim por diante.

Acreditamos que não se justifica responder separadamente a cada uma das inúmeras questões possíveis, até mesmo pela razão de que uma adequada preservação do *setting* pressupõe um certo grau de flexibilidade e de liberdade quanto ao estilo de trabalhar, próprio de cada um de nós.

REGRA DO AMOR À VERDADE

O objetivo maior de qualquer terapia analítica é o da aquisição de um pleno sentimento de liberdade interna. O caminho da liberdade passa, necessariamente, pelo da verdade, sendo que um não existe sem o outro.

Muitas vezes, a tomada de conhecimento de verdades intoleráveis, tanto as internas quanto as do mundo externo, é um processo altamente penoso, sendo que toda pessoa, em grau maior ou menor, lança mão de recursos defensivos baseados na negação.

Nesse particular, uma grupoterapia apresenta algumas vantagens e desvantagens em relação à terapia individual. A desvantagem é que a situação grupal pode favorecer que um indivíduo oculte o seu lado oculto, limitando-se a ir "na carona" dos demais. A vantagem acessória que uma grupoterapia tem em relação a um tratamento individual consiste no fato de que os participantes de um grupo, em forma complementar, desvelam uns aos outros, às vezes sob uma sadia forma de uma pressão coletiva, certas verdades que teimam em permanecer sonegadas.

Para que se estabeleça o clima de franqueza, verdade e liberdade, em cada um e em todos do grupo, é imprescindível que a pauta dessa atitude se alicerce na veracidade e na autenticidade do grupoterapeuta, pela categórica razão de que este se constitui como um novo e importante modelo de identificação.

FUNÇÃO "CONTINENTE" DO SETTING

Um último e importante aspecto relativo ao campo grupal diz respeito à função "continente" do mesmo, conforme a conceituação que Bion([1]) dá a este termo, ou de *holding* conforme Winnicott([5]). Pode-se dizer que o desenvolvimento de um grupo segue as mesmas etapas evolutivas de todo ser humano. Assim, a criança em seus primórdios evolutivos, por falta de maturação neuronal, não sente o seu corpo como sendo uma unidade integrada. Antes, a criancinha se sente invadida por sensações parciais, difusas e indiferenciadas, que ela não sabe de onde procedem. A mesma coisa costuma ocorrer nos grupos, especialmente em seus inícios. É somente através das funções que uma mãe adequadamente boa exerce, de organizadora dessas sensações dispersas e de contenedora das angústias do filho, é que a criança conseguirá atingir uma plena integração psíquico-

corporal. Da mesma forma, qualquer grupo começa sendo um mero aglomerado de partes soltas (indivíduos) e sem coesão entre si, sendo que será unicamente através da função de sustenção e de continência do grupoterapeuta que o grupo poderá evoluir de um mero estado de afiliações individuais para uma situação de integração, pertencência e de pertinência.

À medida que o grupo se integra, ele próprio passa a ser um importante constituinte do enquadre grupal e cumpre a importante função de se comportar como um adequado continente das necessidades e angústias de cada um e de todos.

Em outras palavras: as pessoas têm grande necessidade de buscar suportes sociais em outras pessoas, grupos e instituições. Estes suportes sociais, quando coesos, vão possibilitar a formação de dois aspectos importantes ao indivíduo: o primeiro é que ele sinta que pode ser cuidado, amado e valorizado; o segundo aspecto é que o indivíduo é contido, delimitado em seu espaço, em suas responsabilidades e em sua participação nos processos de comunicação interpessoal. Tudo isso concorre para que ele vá se sentindo individualizado, diferenciado dos demais, e socialmente integrado, ou seja, vai estruturando o seu sentimento de identidade individual, grupal e social.

EXEMPLO CLÍNICO (Nº 3)

A transcrição da vinheta que segue pode servir de exemplo de como se processa o fenômeno da *Ressonância* grupal. A presente sessão segue-se a um período crítico do grupo, desde que o último reajuste de honorários foi considerado excessivo, sendo que, além disso (ou por causa disso), houve a recente desistência de um membro.

Álvaro: Conversei com o R. (é um paciente de um outro grupo do mesmo terapeuta). Fiquei muito desesperançado porque ele me fez comentários muito negativos a respeito do nosso doutor (dá alguns detalhes).

Berta: (ao responder, de forma irritada, à pergunta de por que, fora de seus hábitos, ela está com óculos escuros): Não estou com nenhum problema nos olhos. Os óculos negros são para me proteger da luz forte que vem da janela, porque até agora o doutor não providenciou uma cortina para nós.

Célia: Pois eu estou impressionada é com coisas mais sérias, como é o fato que eu fiquei sabendo ontem, do suicídio de um psiquiatra. Que horror, que coisa mais louca, logo um psiquiatra...

Álvaro: (após o grupo ter discutido a informação de Célia): Além de tudo de ruim que está acontecendo, minha mulher deu agora para manifestar uma repulsa por qualquer aproximação que tento fazer com ela.

Dina: Eu tenho o mesmo problema em relação ao Z. (seu companheiro). Ele parece muito amoroso comigo, então me encho de entusiasmo, e ele volta a desaparecer por um longo tempo (dá detalhes).

Ernesto: Em tom indignado, faz um comovido discurso contra a passividade de Dina que se deixa usar e abusar pelo amante.

A sessão prossegue neste diapasão até o seu final, com o grupoterapeuta sentindo-se "perdido em meio a um caos, com assuntos tão diferentes, sendo que nenhum deles tinha relação com os outros".

COMENTÁRIO

Durante a supervisão dessa sessão, foi possível constatar que o caos era só aparente, e o que faltou foi uma compreensão mais clara por parte do grupoterapeuta do que se passava na *gestalt* grupal, que lhe possibilitasse exercer uma função interpretativa, que viria a promover um importante *insight*, seguido de um movimento de integração e de unidade coerente entre as idéias de cada um.

De fato, não é difícil perceber que há uma clara ressonância entre o que se passava no nível pré-consciente de todos eles. Álvaro abre a sessão atacando (indiretamente) o terapeuta e se dizendo desesperançado (com o mesmo). Berta reforça o protesto, aludindo à falta de cuidados protetores do terapeuta contra "a luz demasiado forte" (os fatos precedentes a essa sessão, e que o grupo está considerando como fortes demais). Célia, como que seguindo um mesmo fluxo associativo, mostra um receio de que o grupoterapeuta (o psiquiatra de seu relato) seja frágil, que não agüente a carga agressiva, e que se "suicide" (morra junto com a morte do grupo). Álvaro, quando associa que a sua mulher repudia suas tentativas de aproximação, está reiterando a sua mensagem de que o grupo tenta uma aproximação com o terapeuta, porém sentem um repúdio deste (é como eles estão significando o reajuste). A ressonância prossegue e atinge o seu clímax com o protesto indignado de Ernesto, que complementa o dos demais, em relação à pessoa do terapeuta, com quem estão revivendo — transferencialmente (e contratransferencialmente) — as antigas e profundas queixas de cada um deles, diante de um pai, ou mãe, que, ao mesmo tempo que os cuidou e amou (como no relato de Dina), também os maltratou e abandonou.

Orientação Bibliográfica

1. BION, W. R. *Volviendo a Pensar*. 1985.
2. FREUD, S. "Sobre o início do tratamento" (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise). Ed. *Standard*. Vol. XII. 1972.
3. GROTJAHN, M. "Preparação para o Grupo". Em: *A arte e a técnica em Terapia Analítica do Grupo*. pp. 71-77. 1987.
4. HELMAN, B. N. "Un Enquadre sobre Psicoterapia Grupal con Tiempo Limitado". Em: *Revista da Flapag*. Vol. 1, nº 1, pp. 52-57, 1971.
5. MELLO FILHO., J. "Contribuições da Escola de Winnicott à Psicoterapia de Grupo". Em: *Grupoterapia Hoje*. pp. 45-56. 1986.

6. NACHER, P. G. y CAMARERO, J. A. L. "El encuadre". Em: *Del diván al circulo*. pp. 43-58. 1985.
7. PUGET, J. et al. "Encuadre". Em: *El Grupo y Sus Configuraciones*. pp. 21. 1991.
8. RIBEIRO, J. P. "Ressonância". Em: *Psicoterapia Grupo-Analítica. Abordagem Foulkiana*. p. 106. 1981.
9. STEIN, G. "Algo más acerca de associación libre y conversación comúm". Em: *Psicoanalisis Compartido*. pp. 39-58.
10. VINAGRADOV, S. y YALOM, D. "Building The Foundations For A Psychotherapy Group". Em: *Group Psychotherapy*. pp. 30-42. 1989.

12

RESISTÊNCIA

Em todos os textos de Freud referentes às técnicas analíticas, a *resistência* foi o seu tema dominante e ele sempre postulou que o êxito de um tratamento corresponde à resolução das diversas formas de como a mesma se manifesta. A resistência costuma ser definida como tudo o que no decorrer do tratamento analítico, nos atos e palavras do analisando, se opõe ao acesso deste ao seu inconsciente.

O fenômeno resistência, desde os primórdios da psicanálise até os dias de hoje, tem sido estudado profundamente em sua teoria e prática, sendo que nos primeiros tempos, de acordo com Freud, ela era entendida como sendo unicamente um processo de oposição ativa (a palavra empregada por Freud foi *widerstand*, no original alemão *wider* quer dizer: contra), enquanto que, na atualidade, a resistência também caracteriza uma forma de como o ego do indivíduo funciona. Dessa forma, o surgimento do fenômeno resistencial em qualquer processo terapêutico tanto pode ser obstrutivo ao mesmo, como pode se constituir em sua verdadeira essência pela razão de que a resistência está dramatizando as forças vivas que o indivíduo lançou mão a fim de sobreviver ante as angústias terríveis que o assolavam. [A etimologia confirma isso: o termo resistência se compõe de "re" (de novo, mais uma vez) e de *sistere* (continuar a existir), ou seja, indica uma forma, às vezes desesperada, de busca por uma sobrevivência psíquica. O contrário disso, ou seja, a *de-sistência* é que seria funesto].

São múltiplas as causas e as formas das resistências que surgem nas grupoterapias.

FORMAS DE APARECIMENTO

A experiência clínica comprova que as manifestações resistenciais mais comuns, quer por parte dos indivíduos, isoladamente, ou da totalidade grupal, costumam ser as seguintes:

— Atrasos e faltas reiteradas.
— Tentativas de alterar as combinações do *setting* (por exemplo: continuados pedidos por mudanças de horários, telefonemas, pedidos por sessões individuais, etc.).
— Prejuízo da comunicação verbal através de silêncios excessivos, de reticências ou, ao contrário, uma prolixidade inútil.
— Ênfase excessiva em relatos da realidade exterior com o rechaço sistemático da atividade interpretativa dirigida ao inconsciente.
— Manutenção de segredos: isto tanto pode ser por parte de indivíduos em relação às confidências que fizeram ao terapeuta, mas que sonegam ao restante do grupo, como pode ser do grupo todo em relação ao terapeuta, daquilo que eles falaram entre si, fora do enquadre grupal.
— Excessiva intelectualização.
— Um acordo, inconsciente, por parte de todos, em não abordar determinados assuntos angustiantes, como os de sexo ou de morte, por exemplo.
— Complicações com o pagamento.
— Surgimento de um (ou mais de um) líder no papel de "sabotador".
— Excesso de *actings*, individuais ou coletivos.
— O grau máximo da manifestação resistencial é o da formação de impasses, ou até mesmo o de "reações terapêuticas negativas".

Causas do surgimento

São múltiplas as razões que levam os indivíduos, ou os grupos, a resistirem inconscientemente à evolução de seu tratamento, apesar de que, conscientemente, possam nele estar sinceramente interessados e empenhados. Em linhas gerais, as causas determinantes da formação de resistências são as seguintes:

— Medo do surgimento do novo (especialmente quando há o predomínio de uma ansiedade paranóide).
— Medo da depressão (a ansiedade depressiva os leva a crer que vão se confrontar com um mundo interno destruído, sem possibilidade de reparação).
— Medo da regressão (de perder o controle das defesas neuróticas, obsessivas, por exemplo, e regredir a um descontrole psicótico).
— Medo da progressão (o progresso do paciente pode estar sendo proibido pelas culpas inconscientes que o acusam de "não merecimento").
— Excessivo apego ao ilusório mundo simbiótico-narcisista.
— Evitação da humilhação e vergonha (de se reconhecer e ser reconhecido como alguém que não é, e nunca será, aquilo que ele crê ou aparenta ser).

— Predomínio de uma inveja excessiva (não concedem ao terapeuta o "gostinho" deste ser bem sucedido).
— Manutenção da "ilusão grupal" (denominação que Didier Anzieu deu a um fenômeno específico dos grupos, e que se manifesta sob a forma de "nosso grupo está sempre ótimo", "ninguém é melhor do que nós", etc.).
— Por último, a resistência do grupo pode estar expressando uma — sadia — resposta às possíveis inadequações do grupoterapeuta.

PACIENTES MONOPOLIZADORES E SILENCIOSOS

Pelo menos dois tipos de pacientes merecem uma consideração mais alongada devido aos seus modos peculiares de manifestar a atitude resistencial no tratamento grupoterápico: é o paciente monopolizador e o silencioso.

O paciente monopolizador (Bach(1) o denomina o "monopolista crônico") diz respeito àquele indivíduo que tem uma necessidade compulsória de conseguir concentrar toda a atenção do grupo sobre si próprio e, com isso, a evolução normal de uma grupoterapia pode vir a ficar muito truncada.

São muito distintas as formas de como os pacientes podem funcionar como monopolizadores, sendo que, geralmente, todos eles têm em comum uma estrutura fortemente narcisística e, por essa razão, têm uma extrema dificuldade em sair de uma relação diádica e partilhar em igualdade com os demais.

Assim, é possível que eles consigam manter o monopólio da atenção sobre si, através de algumas atitudes, tais como: um discurso rico e fascinante, uma conduta sedutora, um discurso prolixo e detalhista, uma conduta hipomaníaca, um excesso de *actings* preocupantes, uma postura cronicamente depressiva. Neste último caso, pode ocorrer que o grupo fique monopolizado devido a uma permanente preocupação com a desgraça de seu colega de tratamento e pelos sérios riscos (de suicídio, por exemplo) que ele desperta em todos.

É importante que o grupoterapeuta consiga detectar as reações contratransferenciais que esse tipo de paciente desperta nele e nos demais, pois tais reações costumam ser muito fortes e podem se constituir como resistências obstrutivas. Por exemplo: diante de um "irmão de grupo" muito deprimido e que, por isso mesmo não consegue (ou, inconscientemente, não quer) progredir, não é improvável que, por uma solidariedade de raízes inconscientes, o grupo resista a fazer mudanças no sentido de cura e de sucesso.

Um outro exemplo de monopolizador pode ser reconhecido no paciente do exemplo nº 1. (Ênio), que foi, antes, utilizado para ilustrar a dinâmica de uma primeira sessão de grupoterapia analítica.

O paciente silencioso tem sido objeto de muitas discussões entre os grupoterapeutas, sendo que inúmeros trabalhos abordam essa situação, sob ângulos diversos.

Em linhas gerais, vale reiterarmos que é necessário discriminar entre as distintas causas e formas de atitude silenciosa, tanto nos pacientes em que esta é permanente, como naqueles em que ela é transitória.

Dessa forma, um paciente em grupoterapia pode-se manifestar como silencioso por uma das seguintes razões:

— Severas inibições de natureza fóbica ou esquizóide (o que não invalida, no entanto, a possibilidade de que, mesmo silencioso, ele se mantenha bem atento, interessado e com boa integração na tarefa grupal).
— Ele tem necessidade de um longo período para "observar" o funcionamento do grupo, até desenvolver uma confiabilidade nos demais.
— A possibilidade de que, através do silêncio, ele seja, de fato, um monopolizador.
— O silêncio esteja expressando uma atitude hostil, tanto de desafio como de indiferença e desdém por todos.
— A probabilidade mais comum é que a atitude silenciosa esteja traduzindo uma forma de resistência que lhe sirva de proteção contra o acesso a sentimentos que ele não quer (não pode) reconhecer, remexer e, muito menos, compartir com os pares.
— A possibilidade que ele esteja sendo um porta-voz da resistência dos demais.
— A possibilidade que ele esteja assumindo um papel que o restante do grupo lhe deposita: o de "ficar bem quietinho em seu canto e não se meter a besta" (como foi possível detectar em um grupo com relação ao membro "caçula").

O risco contratransferencial é que este tipo de paciente caia no "esquecimento" dos demais e, sem abandonar o grupo, nele fique marginalizado.

Uma recomendação técnica nesses casos é que o grupoterapeuta, sem forçar ou coagir a participação verbal do paciente silencioso, deve, no entanto, sempre incluí-lo no contexto das interpretações.

Manejo técnico

Como antes foi referido, é de fundamental importância a adequada compreensão e manejo das resistências que, inevitavelmente, surgem em qualquer campo grupal; caso contrário, o grupo vai desembocar em desistências ou numa estagnação em impasses terapêuticos.

O primeiro passo é a necessidade de que o grupoterapeuta saiba fazer a discriminação entre as resistências que são de obstrução sistemática e as que simplesmente são reveladoras de uma maneira de se proteger e funcionar na vida.

A segunda discriminação que ele deve fazer é se a resistência é da totalidade grupal, ou se é por parte de um subgrupo, ou de um determinado indivíduo, em cujo caso há duas possibilidades: ou o indivíduo está resistindo ao grupo, ou ele é um representante da resistência do grupo.

O terceiro passo do terapeuta é o de reconhecer — e assinalar ao grupo — o que está sendo resistido, por quem, como e para que isso está se processando.

O quarto passo é que o coordenador do grupo procure ter claro para si qual a sua participação nesse processamento resistencial, e isso nos remete ao capítulo seguinte.

Orientação Bibliográfica

1. BACH, G. R. *Psicoterapia intensiva de grupos*. p. 32. 1975.
2. GROTJAHN, M. "Resistência". Em: *A arte e a técnica em Terapia Analítica de Grupo*. pp. 39-46. 1977.
3. PUGET, J. et al. "Tipificación de casos-problema: configuraciónes y sus caracteristicas". Em: *El Grupo y Sus Configuraciones*. pp. 99-145. 1991.
4. THOMA, H.; KACHELE, H. "Resistencia". Em: *Teoria y Práctica del Psicoanalisis*. pp. 121-161. 1989.

13

CONTRA-RESISTÊNCIA

Na literatura especializada, a expressão *contra-resistência* não costuma ser usualmente empregada, embora o surgimento deste fenômeno seja de alta relevância em qualquer processo terapêutico.

Essa afirmação parte da premissa que norteia a ideologia deste livro, ou seja, a de que qualquer terapia não deve ser encarada como uma simples descoberta e resolução dos conflitos instintivos centrados unicamente na pessoa do paciente; antes, ela repousa no vínculo interacional no qual terapeuta e pacientes intercambiam emoções.

A partir deste ponto de vista, impõe-se a necessidade em fazermos a diferença entre o que é contra-resistência — caso em que são as resistências do indivíduo, ou do grupo, que mobilizam o terapeuta a uma resposta análoga — e o que é a resistência provinda do próprio terapeuta, e por cujo surgimento ele é o único responsável.

Em princípio, todas as formas de manifestações resistenciais que descrevemos nos pacientes em terapia podem estar presentes na pessoa do terapeuta. No campo grupal, este fenômeno adquire uma maior complexidade, pelo fato de que o coordenador de qualquer grupo pode estabelecer conluios com um determinado indivíduo, com uma parte subgrupal ou com a totalidade grupal.

Um dos sinais indicadores de que o terapeuta e o seu grupo pode estar funcionando em bases resistenciais é quando estiver havendo sucessivas e excessivas modificações do enquadre grupal.

Outro sinalizador é o de uma estagnação no crescimento dos objetivos propostos, apesar de que aparentemente tudo esteja correndo "muito bem". Esse bloqueio resistencial é difícil de ser desfeito pela forte razão de que os pontos cegos, de todos, mas especialmente do terapeuta, impedem que sejam percebidos

e, logo, trabalhados. Vai se fortalecendo a resistência do tipo "faz-de-conta-que...". Ainda um terceiro sinal de um conluio resistencial às mudanças é quando há uma rígida imutabilidade no desempenho dos papéis de cada um.

Comumente as resistências do grupoterapeuta se manifestam nos seguintes modos:

— Interpretações intelectualizadas, embora belas e fascinantes.
— Atitude de procurar abafar de imediato as manifestações — cuja verbalização seria muito útil — tanto as de agressividade entre os elementos do grupo (às vezes sob a forma de verdadeiras brigas verbais), assim como as de natureza erótica.
— O terapeuta nunca assumir a sua responsabilidade, mesmo nos casos em que há uma amotinação do grupo todo.
— Intolerância aos silêncios (os quais, como sabemos, por vezes podem estar sendo necessários e elaborativos), bem como a outras manifestações de resistência transitória.
— Não reconhecimento de microssinais de que estão se processando significativas modificações e progressos pela razão de que estes últimos podem aparecer sob uma forma agressiva ou de *actings*.

No entanto, fora de dúvidas, o aspecto contra-resistencial mais importante é o que diz respeito à formação de conluios inconscientes (aos conscientes, é melhor chamá-los de "pactos corruptos") entre o grupoterapeuta com uma parte, ou com a totalidade, grupal.

Desses conluios resistenciais é inconteste que o mais comum deles é o que se estabelece com a finalidade de impedir que surja qualquer manifestação que ameace a paz e o bem-estar aparente de todos. Nestes casos, o grupoterapeuta dá visíveis demonstrações de uma intolerância às tentativas de críticas ou de ataques a seu suposto saber e, em troca, ele também escotomiza a presença e os sentimentos inaceitáveis dentro de cada um deles, e entre eles, e assim todos ficam satisfeitos e gratificados... Pena é que todo esse sucesso não passa de uma ilusão do ponto de vista de mudanças analíticas.

Por último deve ser destacado o importante fato de que se o grupoterapeuta tem uma determinada resistência, a tendência é de que o grupo todo vai se identificar com a mesma.

Assim, se o terapeuta não estiver em condições de suportar e conter a livre manifestação de uma forte carga ansiogênica de agressão e/ou de erotismo, ele manifestará uma resistência propriamente sua, às vezes bem disfarçada através do uso de "interpretações" prematuras e apaziguadoras e que estão a serviço de uma ação repressora.

Nestes casos, nada raros, vai ocorrer que essa reação contra-resistencial do grupoterapeuta impedirá uma importante experiência que cada um e todos do grupo deveriam ter tido: a de que eles pudessem comprovar que não são perigosos como sempre se imaginaram e nem que os outros sejam tão frágeis. Da mesma

forma, a evitação contra-resistencial do terapeuta contra a irrupção da agressão impedirá que os pacientes tenham a importante oportunidade de exercitar a também importante capacidade de fazer reparações verdadeiras.

EXEMPLO CLÍNICO

A sessão que ilustrou o fenômeno de *Ressonância Grupal* (exemplo nº 3, no Capítulo 11) também é adequado para exemplificar a manifestação do fenômeno contra-resistencial nas grupoterapias.

Assim, podemos perceber, no exemplo, que a grupoterapeuta, ao mobilizar uma resistência inconsciente contra uma percepção de que ela estava sendo alvo de fortes ataques, indiretos, à sua pessoa, impediu-a de poder conceber e formular qualquer tipo de interpretação que pudesse funcionar como integradora e aliviadora do caos que estava instalado no grupo.

Em casos como o deste exemplo, a persistir o bloqueio contra-resistencial do terapeuta, três alternativas podem ocorrer quanto à evolução da grupoterapia.

A primeira é a de que as mensagens verbais provindas dos pacientes — indiretas e codificadas porque sofrem a camuflagem de suas próprias resistências, contra a percepção de sentimentos difíceis (no caso do exemplo, são de natureza agressiva) — persistam enquanto não houver uma clara compreensão e interpretação por parte do terapeuta. Nessa hipótese, haverá uma escalada crescente desse tipo de manifestações por parte dos pacientes, o que pode desembocar na desistência de alguns membros, ou até mesmo a eventualidade de uma dissolução do grupo.

A segunda possibilidade é a de que alguns participantes do grupo comecem a prática de *actings* — muitas vezes, de natureza maligna — os quais estariam expressando, nessa modalidade de linguagem não verbal, os mesmos sentimentos que não foram entendidos e decodificados quando ensaiaram a linguagem verbal.

A terceira alternativa é a de que o terapeuta assuma as rédeas da situação através de uma atitude imperativa, com a "aceitação" da mesma por parte dos pacientes, dando uma falsa impressão de que tudo se acalmou e voltou aos trilhos. Esta última possibilidade pode estar configurando um inconsciente conluio resistencial—contra-resistencial de tipo "submetedor x submetidos".

Orientação Bibliográfica

1. RACKER, H. *Estudios sobre técnica psicoanalítica.* pp. 217-222. B. A. 1960.
2. ZIMERMAN, D. E. "Resistencia e Contra-resistência na prática analítica". Trabalho apresentando na S.P.P.A. 1985.

14

TRANSFERÊNCIA

É de consenso entre os psicoterapeutas que o fenômeno essencial em que se baseia o processo de qualquer terapia analítica é o da transferência, termo que, embora empregado no singular, deve ser entendido como um substantivo coletivo, ou seja, como uma abreviação de múltiplas e variadas reações transferenciais.

O fenômeno transferencial foi estudado pela primeira vez por Freud, que o concebeu como uma forma de resistência que atrapalharia o bom andamento do processo analítico, sendo este até então concebido como de natureza eminentemente investigatória. Posteriormente, o próprio Freud veio a reconhecer o valor essencial do que denominou "neurose de transferência" e a considerou como resultante de "reimpressões e novas edições" de antigas experiências traumáticas psíquicas.

Melanie Klein redimensionou o conceito de transferência ao introduzir a noção de modelos inconscientes de relações objetais primitivas. A base relacional paciente-analista se constituiria através da repetição de protótipos de imagos (palavra que, em grego, quer dizer: cópia, *doublé*), as quais se processam através do que a autora conceituou como "identificações projetivas", e cuja matriz está na primitiva união criança-mãe.

Na atualidade acredita-se que, no processo terápico, há transferência em tudo, mas nem tudo deve ser entendido e trabalhado como sendo transferência. Assim, há controvérsias acerca da concepção de qual é o papel do terapeuta em tais situações. Para alguns autores, ele não é mais do que uma mera figura transferencial modelada pelas identificações projetivas dos respectivos pacientes. Para outros, o terapeuta é também um objeto real, com valores e idiossincrasias próprias, e, como tal, ele virá a ser introjetado. Assim, cada vez mais, expressões como "a pessoa real do analista" e "aliança terapêutica" estão ganhando espaço

nos trabalhos sobre transferência. Da mesma forma, vem ganhando força o ponto de vista de autores que crêem que a atitude do analista é em grande parte responsável pelo tipo de resposta transferencial do paciente.

Para uma compreensão mais profunda do fenômeno da transferência é útil que façamos uma reflexão a partir dessa questão: a transferência é meramente uma necessidade de repetição ou, antes, ela é a repetição de necessidades (não satisfeitas no passado)?

Habitualmente, as transferências são classificadas, em função de sua qualidade, como "positivas" ou "negativas". No entanto, essas denominações não são plenamente adequadas pelo fato de conotarem um juízo de valores moralístico. Ademais, sabemos que muitas transferências consideradas "positivas" não passam de conluios resistenciais, enquanto que outras manifestações resistenciais de aparência agressiva rotuladas de "negativas" podem ser positivas do ponto de vista terapêutico, desde que bem absorvidas, entendidas e manejadas. (Aliás, a etimologia da palavra "agredir" — *ad* (para a frente) + *gradior* (movimento) — mostra o aspecto sadio da agressividade quando ela for bem utilizada pelos indivíduos ou pelos grupos). Um exemplo comum deste último caso é o da contestação veemente, mas sadia, de um adolescente.

As transferências também costumam ser designadas pelo objeto interno a que elas aludem (transferência materna, paterna, fraterna...), ou à fase evolutiva em que estão sendo reproduzidas (transferência simbiótica, oral, anal...), ou a uma das instâncias da estrutura psíquica (transferência do id, do superego...), ou ainda à categoria diagnóstica que lhe deu origem (transferência neurótica, psicótica, perversa...).

A tendência atual é a de considerar o fenômeno transferencial não tanto pelos afetos que veicula, mas muito mais pelos efeitos que produz nos outros, através do mecanismo conhecido como "contra-identificação projetiva"(1) quando ela se processa na pessoa do terapeuta.

Essa contra-identificação projetiva irá se constituir como a essência do fenômeno contratransferencial.

TRANSFERÊNCIA NOS GRUPOS

Em qualquer campo grupal, quer seja terapêutico ou não, é inevitável que surjam manifestações transferenciais.

Nas grupoterapias, manifestam-se em quatro níveis: 1) de cada indivíduo em relação à figura central do grupoterapeuta (transferência parental), 2) do grupo como uma totalidade em relação a essa figura central (transferência grupal), 3) de cada indivíduo em relação com outro(s) determinado(s) indivíduo(s) (transferência fraternal), 4) de cada indivíduo em relação ao grupo como uma entidade abstrata (transferência de pertencência).

Esse esquema de subdivisão da transferência em quatro vetores é mais de ordem didática, porquanto, na realidade, todas elas se processam simultaneamente, embora haja momentos em que alguma delas prevaleça com maior nitidez.

Além disso, é preciso considerar um quinto vetor: o da extratransferência. Neste caso, o modelo transferencial de cada um, e que denota como é o inter-relacionamento objetal do seu mundo interno, se expressa, através das experiências exteriores do cotidiano de suas vidas. Particularmente, em grupoterapias, cremos que a extratransferência deve ser muito valorizada e diretamente trabalhada, sem que seja necessário referi-la sistematicamente à figura central do terapeuta.

Em grupos, esta multiplicidade de vetores transferenciais constituem o que se costuma denominar "transferências cruzadas". Foulkes(6) denomina como "matriz" a esta rede de comunicação que é estabelecida com as várias transferências.

Podemos dizer que as diversas formas de atividades grupais se distinguem sobremaneira pela forma de como o coordenador do grupo compreende e maneja essas inevitáveis manifestações transferenciais. Assim, elas se constituem como o principal ponto de apoio na grupoterapia analítica, enquanto em um grupo operativo não-terapêutico, de ensino-aprendizagem, por exemplo, o coordenador do grupo nada fará para incrementar o surgimento das transferências e somente trabalhará com as mesmas se elas estiverem muito emergentes e num grau impeditivo do livre curso da tarefa grupal.

As manifestações transferenciais nas grupoterapias analíticas variam com o momento evolutivo do grupo. Dessa forma, no início de qualquer grupo surgem as transferências cruzadas que expressam as necessidades de amor e de dependência, ao mesmo tempo em que conservam uma natureza paranóide. Neste caso, é comum que o grupo fique dissociado em dois subgrupos: um, que transfere os sentimentos de dependência, os quais se expressam através de mensagens de um futuro muito esperançoso e de propostas que visam a uma vinculação de natureza parasitária-simbiótica. O outro subgrupo se encarrega da transferência de sentimentos opostos, os quais se manifestam através de uma descrença e desesperança, assim como pelo temor paranóide de todos, em virem a ser enganados, explorados, rechaçados e castigados.

À medida que o grupo progride, as transferências cruzadas vão se modificando tanto qualitativa como quantitativamente, porquanto ficam menos dramáticas e ruidosas e vão adquirindo uma tonalidade de ordem mais depressiva, em que prevalece uma autêntica preocupação de cada um para todos e vice-versa.

Uma clara demonstração disso pode ser aferida pela entrada de um elemento novo no grupo: nos primeiros tempos de uma grupoterapia, a reação transferencial do grupo pelo "nascimento de um irmãozinho" costuma provocar uma forte hostilidade a este, tanto sob uma forma de ignorá-lo completamente, ou de intimidá-lo, ou, até, a de expulsá-lo. Nessa situação, os integrantes do grupo também atacam o terapeuta, para quem são transferidos os sentimentos de que

ele se comportou como uma mãe irresponsável e indiferente com eles, ou como um pai que só quer saber de ganhar dinheiro, e assim por diante.

Este mesmo grupo, quando já mais amadurecido, costuma recepcionar a um elemento novo de forma confiante e procurando cercá-lo de uma atmosfera de aceitação e empatia pela difícil situação daquele.

Por outro lado, é útil destacarmos que a transferência grupal assume características algo diferentes do que se processa no tratamento individual.

Isso se deve a duas razões: uma é a de que a transferência no campo grupal procede de uma combinação de várias fontes; é mais impactuante e, conforme enfatiza Bion([1]), os participantes de um grupo têm mais facilidade para regredir a níveis psicóticos da personalidade.

EXEMPLO

As vinhetas clínicas que antes foram utilizadas, nos exemplos de nº 2 (Capítulo 9) e 3 (Capítulo 11) permitem perceber claramente a vigência de uma neurose transferencial, pela qual os pacientes do grupo estão revivendo, com a pessoa da terapeuta, os mesmos sentimentos que no passado infantil, cada um deles sentiu em relação às respectivas figuras parentais que agora estão internalizados.

Os referidos exemplos evidenciam que, devido a esse reviver transferencial, a grupoterapeuta está revestida de um papel de mãe que, ao mesmo tempo em que é admirada e necessitada, também é alvo de ataques agressivos, os quais surgem quando os pacientes (re)sentem que não estão sendo atendidos e entendidos.

Podemos concluir da observação acima quão importante é a função de um grupoterapeuta em poder reconhecer, conter e manejar uma transferência grupal negativa. Em caso contrário, ele sentir-se-á impotente e perdido em meio a uma sensação de caos e, por isso, correndo o risco de vir a tomar atitudes tirânicas, pseudofortes; ou o risco em vir a se mostrar depressivo, em uma demonstração de que ele foi frágil e vulnerável à agressão dos seus "filhos".

Ambas as hipóteses acima levantadas atestam a possibilidade de que um grupoterapeuta tenha uma deficiência relativa à importante capacidade em servir de continente às pulsões agressivas de seus pacientes, sendo que daí também decorre de um sério prejuízo contratransferencial.

Devemos considerar, partindo do princípio de que qualquer relação terapêutica é sempre de ordem vincular interacional, que a transferência é indissociável da contratransferência, sendo que neste livro elas estão sendo abordadas em separado unicamente pela razão de um esquema didático de exposição.

Orientação Bibliográfica

1. BION, W. R. *Experiências em grupos*. pp. 147. 1963.
2. GRIMBERG, L. et al. "Transferencia y Contratransferencia". Em: *Psicoterapia Del Grupo*. pp. 151-164. 1957.
3. GROTJAHN, M. "A Transferencia". Em: *A Arte e a Técnica em Terapia Analítica de Grupo*. pp. 23-38. 1977.
4. MILLER DE PAIVA, L. "A situação transferencial em grupoanálise". Em: *Psicanálise de Grupo*. pp. 91-105. 1991.
5. PY, L. A.; NOBRE, L. F.; CASTELLAR, C.; FREITAS, L. A. "A Transferência e a Contratransferência na Grupoterapia". Em: *Grupo sobre Grupo*. pp. 51-70. 1987.
6. RIBEIRO, J. P. "Matriz". Em: *Psicoterapia Grupo-analítica*. p. 100. 1981.
7. THOMA, H.; KACHELE, H. "Transferencia y relación". Em: *Teoria y Práctica del Psicanalista*. pp. 65-94. 1989.
8. VINAGRADOV, S. y YALOM, I. "Techniques of the Group Psycotherapist". Em: *Group Psychotherapy*. pp. 83-108. 1989.

15

CONTRATRANSFERÊNCIA

Coube a Freud descrever, pela primeira vez, em 1910, a ocorrência do fenômeno contratransferencial na pessoa do analista, e ele a considerou, nos primeiros tempos, como sendo um sério artefato prejudicial ao tratamento, e uma clara evidência de que o analista não estava bem analisado...

A partir dos últimos anos da década 40, P. Heiman(2) e H. Racker(5), separadamente, estudaram a contratransferência como um fenômeno de surgimento inevitável e que pode ser útil ao analista desde que bem compreendido e manejado. Para estes autores, a contratransferência se origina das cargas de identificações projetivas que o paciente deposita no terapeuta e que, por isso mesmo, podem se constituir para este como uma excelente bússola para a empatia e para a interpretação. Assim, o prefixo "contra" ganhou um claro significado de contraparte, ou seja, aquilo que o terapeuta sente é o que o paciente o fez sentir, porquanto constituem os sentimentos do mundo interior deste último. Baseados nesta concepção, muitos exageros e abusos têm sido cometidos, porque tudo o que o analista sentisse seria sempre da responsabilidade do paciente. Podemos dizer que a contratransferência, na literatura psicanalítica, passou da condição de cinderela desprezada para a de uma princesa no pedestal(6).

Assim, é indispensável que tenhamos bem claro a distinção entre o que é contratransferência propriamente dita, e o que é simplesmente a transferência própria da pessoa do terapeuta. Uma vez que o terapeuta tenha condições de fazer essa necessária discriminação, então, sim, ele pode utilizar os seus sentimentos contratransferenciais como um meio de entender que esses correspondem a uma forma de comunicação primitiva de sentimentos que o paciente não consegue reconhecer e, muito menos, verbalizar.

CONTRATRANSFERÊNCIA NOS GRUPOS

Da mesma forma como ocorre com a transferência, também a contratransferência se processa no campo grupal, em quatro níveis: 1) os sentimentos do grupoterapeuta em relação, separadamente, a cada um dos integrantes, 2) os sentimentos em relação ao grupo como uma totalidade gestáltica, 3) os sentimentos que determinados pacientes do grupo desenvolvem, e agem, em relação a cada um de seus pares, 4) os sentimentos de cada indivíduo em relação ao que o grupo, como uma totalidade abstrata, lhe desperta. São as contratransferências cruzadas, específicas do campo das grupoterapias.

No processo grupal, é importante que todos os componentes da grupoterapia desenvolvam a capacidade de reconhecimento dos próprios sentimentos contratransferenciais que os outros lhe despertam, assim como os que ele despertou nos outros. Isso tem uma dupla finalidade: uma, a de auxiliar a importante função do ego de cada indivíduo em discriminar entre o que é seu e o que é do outro; a segunda razão é a da necessidade para o crescimento de cada pessoa, de que ela deve reconhecer, por mais penoso que isso seja, aquilo que ela desperta e "passa" para os outros.

A contratransferência resulta, essencialmente, das contra-identificações projetivas, razão pela qual — não é demais repisar — ela tanto pode servir como um instrumento de empatia (neste caso, costuma ser chamada de "contratransferência concordante"(*), ou, ao contrário, para um reforço da patologia do paciente ("contratransferência complementar")). Essa última situação ocorre quando o terapeuta, ao invés de representar um novo modelo de identificação que possibilite uma abertura para as mudanças, se identifica com os antigos e rígidos valores parentais que foram projetados dentro dele. Assim, o terapeuta assume, complementa e age da mesma forma como os pais do paciente procederam com ele.

A conseqüência mais comum dessa complementação contratransferencial é a que aparece, disfarçadamente, sob a formação de inconscientes, conluios transferenciais-contratransferenciais, sendo que, destes, o mais freqüente é, de longe, o que se estrutura sob o modelo de uma relação de poder. Assim, podemos afirmar que um vínculo terapêutico que se estrutura sob uma forma perdurável de idealização, muitas vezes no nível de uma fascinação, certamente revela a segura presença de elementos narcisísticos na pessoa do terapeuta, ao custo de um reforço da submissão e infantilização dos pacientes.

(*) O termo "concordante" tem o inconveniente de ser ambíguo, porquanto ele pode sugerir que o terapeuta vá concordar (reforçar) as projeções nele colocadas. No entanto, mantemos este termo, a partir do significado que está contido em sua formação etimológica, composta do prefixo "con" (junto de) + "cordante" que, por sua vez, é um derivado do étimo latino "cor, cordis" (coração). Portanto, "concordante" deve ser entendido como uma *con-córdia*, uma empatia, de "coração a coração".

Sabemos o quanto é difícil desfazer certas parelhas relacionais quando as mesmas constituem um sistema que se alimenta a si mesmo, caso em que cada membro, mantendo as suas dissociações, é inseparável dos outros, com os quais forma uma unidade granífica. O conluio de complementação narcisística, em que terapeuta e pacientes se gratificam reciprocamente, muitas vezes encobre uma bem disfarçada relação sadomasoquista, pela qual um se apraz em ser o submetedor e os outros em serem os submetidos.

O grave inconveniente do conluio transferencial-contratransferencial baseado na idealização é a de que ele inibe o surgimento dos sentimentos agressivos, contidos na, assim chamada, transferência negativa, e sem a análise da agressão e da agressividade(**), um tratamento não pode ser considerado como completado.

EXEMPLO CLÍNICO (Nº 4)

Um grupoterapeuta procura uma supervisão pelo fato de estar se sentido "muito perdido e angustiado" diante do momento atual do seu grupo terapêutico. Traz o relato das duas últimas sessões.

Na primeira delas, a sessão é aberta por Ana (22 anos, solteira, franzina) que detalha o "jeito tarado" do seu pai (o qual é, de fato, um perverso grave) que passou todo o fim-de-semana submetendo-a a um constrangedor assédio sexual. No começo ela achou isso "engraçado", mas depois ficou enojada e assustada.

Todo o grupo acompanha o relato de Ana com muita atenção e com alguma ansiedade visível. A seguir, Bina lembra das "brincadeiras sexuais" que tivera com um seu irmão. O paciente Celso recorda que, desde guri, já nutria uma "tesão recolhida" por uma tia sedutora. Dora relata que esfriou o promissor namoro que vinha mantendo com R. (o homem que a está cortejando e a quem ela admira muito) unicamente pela razão de ele ser bem mais velho do que ela. "É como se eu fosse transar com o meu pai", exclama Dora. O paciente Élson, que até então estava silencioso, pede a palavra e diz, de forma ansiosa, que finalmente resolveu contar o "segredo" que há muito tempo ele prometera que um dia contaria ao grupo: no dia em que a sua filha fez 15 anos, ele a achou muito bonita e, num gesto de um impulso inexplicável, ele tentou acariciar os seios dela. Sofreu um forte repúdio por parte da filha e, desde então, ele se acha um crápula e vive deprimido.

O tempo da sessão chegou ao término e o grupoterapeuta, conforme é sua conduta habitual, tentava dar ao grupo um compreensivo e integrativo "fecho

(**) É útil fazermos uma distinção entre agressão e agressividade. A primeira conota um significado destrutivo, enquanto a segunda designa uma significação construtiva, como a própria etimologia da palavra "agressividade" comprova. Assim, o verbo agredir se forma de *ad* (para a frente) mais *gradior* (movimento).

final", mas não conseguiu dizer nada porque nada lhe ocorria, e se sentia algo assustado e perturbado.

A sessão seguinte seguiu um mesmo diapasão acrescido de duas passagens significativas. A primeira destas é que Élson, à moda de uma testagem inconsciente, informou que veio ao grupo unicamente para se despedir e que somente compareceu devido à insistência do terapeuta (de fato, no mesmo dia em que fez a "confissão" de seu segredo, ele telefonou aflito ao grupoterapeuta dizendo que não voltaria mais porque tinha a certeza de que seria repudiado, e expulso, por todos do grupo).

A segunda situação ocorrida no grupo foi a participação de Frida. Ela diz que se mantivera totalmente silenciosa na sessão anterior, ao mesmo tempo em que não conseguia parar de pensar em uma cena terrível acontecida em sua adolescência: ela tinha saído com um namorado e ao chegar em casa tarde da noite, encontrou a mãe caída no chão e, em pânico, pensou que a mãe pudesse estar morta. Tão pronto a sua mãe se recuperou começou a responsabilizar a filha pelo "ataque" que tivera e que o excesso de preocupações que Frida vinha lhe causando acabariam a levando para o hospício ou para o cemitério.

COMENTÁRIO

A leitura deste material clínico nos permite fazer as seguintes observações:

1) A evidência do fenômeno de ressonância grupal, ou seja, o assunto trazido por um deles ressoou no inconsciente dos demais de tal sorte que todas as outras comunicações seguiram uma nítida seqüência de complementação.
2) A assunção de distintos papéis por parte de alguns membros do grupo. Assim, Ana representou a ameaça de uma irrupção da perversão, que está latente no inconsciente de cada um; Élson é um claro exemplo de angústia paranóide ("... vão me expulsar"); Frida é a porta-voz da angústia depressiva ("... por minha culpa, minha mãe quase morreu"); Dora representa o preço masoquista (boicote à uma boa ligação afetiva), devido ao temor e à culpa edípica.
3) Os sentimentos contratransferenciais do grupoterapeuta se manifestam nitidamente através de uma mescla de sensações, tanto as de medo, como de ímpetos de partir para uma ação repressora (ele teve de conter a sua vontade para, logo de início, "ralhar e dar uma orientação de conduta para Ana", e assim mudar de assunto), como a de uma perplexidade e certa paralisia.
4) Essa resposta contratransferencial é uma resultante das projeções, para dentro do terapeuta, de alguns dos personagens que habitam o mundo interno dos respectivos pacientes do grupo.

Assim, o grupoterapeuta ficou identificado com esses objetos internos como, por exemplo, com a mãe de Frida (ao ter ficado aturdida como esta), ou com o superego de Élson (quando sentiu ímpetos de ralhar e acabar com o "abuso"), etc.

Podemos dizer que a contratransferência apresentada é do tipo "complementar" (corresponde ao que os autores norte-americanos chamam de contratransferência patológica) pelo fato de que o terapeuta, por ter se identificado com os objetos primitivos do paciente, acaba por complementar, isto é, reforçar os mesmos padrões de conduta daqueles últimos. É importante consignarmos que a persistência desse tipo de contratransferência impossibilitará que os pacientes possam encontrar saídas novas para os seus velhos problemas.

Com o auxílio da supervisão, o grupoterapeuta reconheceu os seus sentimentos contratransferenciais patogênicos, e isso propiciou que ele transformasse a contratransferência de tipo complementar, em uma contratransferência de tipo "concordante" (corresponde ao que os mesmos autores norte-americanos conceituam como "empatia"). Em outras palavras, o fato de perder o medo dos sentimentos que foram projetados para dentro dele possibilitou que o terapeuta pudesse utilizá-lo como um instrumento de comunicação empática, sendo que isso foi confirmado pelas sessões que sucederam.

Orientação Bibliográfica

1. GRIMBERG, L. "Psicopatologia de la identificación y contraidentificación projetivas y de la contratransferencia". Em: *Revista de Psicoanalisis*. nº 20. Vol. 2. p. 113. 1963.
2. HEIMAN, N. P. "On Countertransferencé". Em: *Int. J. Psych.* Vol. XXXVII. 1956.
3. PY, L. A.; NOBRE, L. F.; CASTELLAR, C.; FREITAS, L. A. "Transferência e a Contratransferência na Grupoterapia". Em: *Grupo Sobre Grupo*. pp. 51-70. 1987.
4. KUSNETZOFF, J. C. "La Contratransferência en Psicoterapia de Grupo. Algunos Aspectos". Em: *Revista da Flapag*, Vol. 1, nº 1. pp. 29-40. 1971.
5. RACKER, H. *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. 1960.
6. THOMA, H.; KACHELE, H. "Contratransferência. De como Cenicienta se transformó en princesa". Em: *Teoria y Práctica del Psicoanalisis*. pp. 99-117. 1989.
7. ZIMMERMANN, D. "O Psicoterapeuta frente ao Grupo como Totalidade e a Contratransferência". Em: *Estudos sobre Psicoterapia Analítica de Grupos*. pp. 109-125. 1971.

16

COMUNICAÇÃO

A importância do processo da Comunicação(*) intra e intergrupos pode ser medida a partir do princípio de que "o grande mal da humanidade é o mal-entendido".

As grupoterapias, mais do que o tratamento individual, propiciam o surgimento dos problemas de comunicação e, portanto, favorecem o reconhecimento e o tratamento dos seus costumeiros distúrbios.

A comunicação se processa a partir dos seguintes quatro elementos: o emissor, a mensagem, o canal e o receptor. Cada um deles, em separado ou em conjunto, podem sofrer um desvirtuamento patológico.

1. O EMISSOR

A primeira observação que deve ser feita é a de que falar não é o mesmo que comunicar. Assim, a fala tanto pode ser utilizada como instrumento essencial da comunicação, como, pelo contrário, pode estar a serviço da incomunicação.

Nas grupoterapias isso pode ser observado em pacientes que se encarregam da obstrução da comunicação de sentimentos inconscientes mais profundamente ocultos, através de um discurso que tanto pode ser intelectualizado, como prolixo, ou desviador para relatos mais amenos. Uma outra maneira de um paciente incomunicar é pelo uso de mensagens dúbias, polêmicas ou até beligerantes, e assim por diante.

Por outro lado, é preciso considerar que o ato da comunicação verbal é indissociável da função de pensar, sendo que, de acordo com Bleger(2), o pensa-

(*) A etimologia de "comunicar" forma-se dos étimos: *com* + *unicare*, ou seja, tornar único (com-um).

mento muitas vezes pode se formar como um sistema que se organiza, sistematicamente, "contra", ao invés de ser "com" ou "para" algo ou alguém. Da mesma forma, pode ocorrer que o que parece ser "pensar" não passa de uma mera "evacuação" (termo de Bion) de sensações, sob forma de palavras ou ações. Outras vezes, o pensamento não passa de um círculo vicioso e estereotipado. Todas essas possibilidades se refletem na patologia da emissão da comunicação.

Também deve ser considerado o fato de que todo emissor tem um estilo próprio de transmitir, o que, de modo geral, traduz a sua personalidade. Assim, pode-se reconhecer o estilo arrogante do narcisista; o detalhista e ambíguo do obsessivo; o dramático do histérico; o falacioso das personalidades "como se"; o evitativo do fóbico; o defensivo-litigante do paranóide; o superlativo do hipomaníaco; o autodepreciativo do deprimido; o fragmentado do psicótico, e assim por diante. O estilo pessoal do grupoterapeuta quanto à forma de emissão de sua atividade interpretativa, vai ser mais detalhado no capítulo seguinte.

Uma interessante e costumeira ocorrência grupal é a de que, aos poucos, cada grupo vai adquirindo uma configuração peculiar, pelo fato que a coesão propicia o desenvolvimento de uma caracterologia própria e um estilo peculiar de linguagem e de comunicação entre si.

2. A MENSAGEM

Se o conteúdo daquilo que deve ser emitido não estiver bem claro para o próprio emissor, o mais provável é que a comunicação fique truncada. Isso pode ser observado em qualquer grupo de trabalho no qual o próprio coordenador pode provocar um estado de comunicação caótica, nos casos em que a emissão da mensagem inicial quanto aos objetivos e esquema de trabalho tiver sido formulada de forma ambígua e pouco clara.

Uma outra situação que perturba a comunicação ocorre quando a mensagem emitida for, em si mesma, inaceitável, tanto porque ela não corresponde às necessidades do momento do grupo, como também pela razão de que ela possa estar acima das capacidades das pessoas em cumpri-las, especialmente se elas foram transmitidas por um canal inadequado. Tal aspecto é muito importante no que se refere ao *timing* da interpretação.

Um importante aspecto relativo aos problemas da Comunicação é o que foi estudado pela escola de Palo Alto (Califórnia), a qual destaca, entre outras, as seguintes duas modalidades patogênicas: a "mensagem paradoxal" (consiste na emissão de duplas mensagens, como, por exemplo, "eu te ordeno que tu não aceites ordens..") e a "mensagem desqualificatória". Esta última consiste em negar o valor informativo da mensagem emitida pelo outro. Um exemplo pode ser o de uma mãe que, sistematicamente, banha o seu filho numa água muito quente e o qualifica de manhoso quando este protesta e chora. Assim, esta mãe não só desqualifica a vivência sensorial de seu filho, como ainda o impregna com culpas.

O reconhecimento desses distúrbios de comunicação é muito favorecido nos tratamentos em grupo (ressalvada a hipótese de que o próprio grupoterapeuta também possa estar utilizando mensagens paradoxais e desqualificatórias).

3. O CANAL

Sabemos que a comunicação não se processa unicamente através da linguagem verbal, a qual, quando adequadamente empregada, consiste em um indicador de que o emissor tem uma boa capacidade de simbolização e de conceituação, próprias de um ego bem estruturado.

A comunicação também pode ser transmitida através de um canal de linguagem não verbal, como um dos seguintes:

— Corporal (conversões, somatizações, modificações estéticas, tiques físicos, etc.).
— Oniróide (as imagens visuais dos sonhos e devaneios).
— Pré-verbal (gestos, atitudes, olhares, maneirismos, disposição das cadeiras no grupo, etc.)
— Paraverbal (quer dizer: ao lado do verbo. Isto é, as modulações do tom, altura e timbre da voz, o vocabulário usado, as entrelinhas, etc.).
— Extraverbal (*actings*).
— Transverbal (as alternâncias e mudanças do discurso no correr da sessão e ao longo da grupoterapia).
— Efeitos contratransferenciais (trata-se de uma forma muito primitiva de comunicação, a qual consiste no fato de que os sentimentos despertados no terapeuta correspondem às angustias provindas do inconsciente profundo dos pacientes nas vezes em que esses não conseguem reconhecer e, muito menos, verbalizar e nomear tais emoções.

É inconteste o fato de que nas grupoterapias em que o emissor (grupoterapeuta) e o receptor (grupo) não estiverem sintonizados no mesmo canal a comunicação não se fará.

4. O RECEPTOR

Sabemos o quanto de distorção pode sofrer uma mesma mensagem ao ser percebida por várias pessoas, simultaneamente, pelo fato de que elas estão em estados emocionais distintos e são portadoras de mundos internos diferentes.

Dessa forma, por mais apropriada que tenha sido a emissão, a mensagem e o canal de uma determinada comunicação, ainda assim essa última pode não estar cumprindo a sua finalidade. Isso se processa nos casos em que há uma patologia do receptor, em uma das seguintes possibilidades:

— Uma recepção perceptiva de natureza paranóide, que venha provocar uma distorção do verdadeiro propósito de quem emitiu a mensagem, eivando a esta com segundas intenções, dúvidas e suspeitas.
— Uma "reversão de perspectiva", termo cunhado por Bion([1]) e que consiste no fato de que o indivíduo exageradamente narcisista reverte, às suas próprias premissas, tudo o que ele ouve do outro emissor, ainda que aparente estar em plena concordância com este. Este aspecto adquire uma importância de primeira ordem em relação ao destino que tomam as interpretações do terapeuta, pelo fato de que elas ficam desvitalizadas diante desse tipo de recurso.
— Uma evitação do conhecimento de verdades penosas, tanto as externas como as internas. Esse "não-conhecimento" se processa através das diferentes formas de negação (supressão, repressão, denegação...), sendo que o seu grau extremo é a forclusão, recurso utilizado nos estados psicóticos, que consiste numa negação absoluta da realidade exterior que contenha a verdade abrumadora. Tal modalidade de incomunicação lembra o dito de Laing([4]): "... Devo jogar o jogo de não ver o jogo".
— Dificuldade em escutar os outros. Escutar não é o mesmo que ouvir. Este último não passa de uma função fisiológica, enquanto que escutar implica em uma disposição do indivíduo para relacionar as próprias opiniões com as alheias, além de admitir que os outros possam ter um código de valores e de forma de pensamento diversos do seu, sem que isso signifique que sejam melhores ou piores, mas, sim, simplesmente, diferentes dele.
— O problema mais comum que interfere na comunicação entre o emissor e o receptor, e provoca o mal-entendido, é o decorrente do significado semântico das palavras. Uma grupoterapia favorece a constatação do quanto uma mesma palavra pode adquirir significações totalmente diferentes de um indivíduo para outro.

Os problemas da comunicação também podem ser encarados a partir de outras perspectivas, como, por exemplo, o da fixação em estádios evolutivos.

Assim, os indivíduos que estão fortemente fixados nos primórdios da oralidade sempre partem de uma posição egocêntrica, pela qual tudo (o que não sai certo) é sempre da responsabilidade do outro. Nas etapas precoces do desenvolvimento cognitivo, como ensina Piaget([7]), a criança demonstra uma relativa incapacidade de colocar-se no lugar de uma outra pessoa. Devido a essa visão ptolomaica do mundo, no uso de sua linguagem e comunicação, essa criança não faz muito esforço para adaptar o seu discurso (e o seu ouvido) às necessidades do ouvinte. A criança age como se as outras pessoas obviamente fossem entendê-la e concordar com ela, por ter partido do princípio de que o mundo gira em torno dela, unicamente para servi-la. Este distúrbio de comunicação é comum em pacientes regressivos intensamente fixados em etapas narcisísticas da evolução.

De forma equivalente, nos pacientes em que a fixação anal é a prevalente, o processo comunicativo pode adquirir uma configuração em que tudo fica revertido aos significados de expulsão, de retenção ou de controle de pensamentos e afetos.

O ideal seria a comunicação em nível genital, de natureza comensal, em que há uma consideração e um prazer pelo que é dado ao outro e pelo que vem do outro.

Uma última palavra acerca da comunicação nas grupoterapias deve ser dada em relação ao freqüente surgimento de silêncios, tanto por parte de algum integrante, de todo o grupo ou do grupoterapeuta. Em todos esses casos, deve ser considerado que há silêncios inúteis e silêncios úteis, sendo que tal qualificação vai depender de um determinado contexto.

Assim, muitas vezes, os silêncios têm uma finalidade obstrutiva-resistencial, ou estão expressando um protesto mudo, ou, ainda, podem estar representando um teste do individuo para comprovar se é notado e se existe, etc. Outras vezes, no entanto, o silêncio pode estar significando um direito em ser livre e respeitado em seu ritmo de participação, ou pode estar designando uma pausa reflexiva e até mesmo elaborativa.

O mesmo ocorre com os silêncios do grupoterapeuta: tanto pode corresponder ao silêncio "vazio": de quem ignora o que está se passando, como pode ser o silêncio "cheio" de quem está entendendo e elaborando a rede de comunicações surgidas no campo grupal, e que por isso sabe o que faz e não se impacienta.

Por tudo o que foi dito, depreendemos que o tema da atividade interpretativa está intimamente conectado com o da comunicação, que lhe serve de alicerce. A atividade fundamental do grupoterapeuta é propiciar aos membros do grupo a aprendizagem de como estabelecer uma adequada comunicação verbal, além de remover as respectivas barreiras.

W. J. Fernandes[3] assinala dois aspectos que são muito importantes no processo comunicativo grupal: o primeiro é o de que "tanto o emissor como o receptor fazem transformações o tempo todo. Desse modo, comunicação completa e verdadeira é impossível". O seu segundo assinalamento aponta para a relevante questão daquilo que não é dito, sendo que "grande parte das confusões que ocorrem quando tentamos nos comunicar são devidas a omissões. Em muitos casos, o trabalho principal do analista será tentar descobrir o que não foi dito".

Orientação Bibliográfica

1. BION, W. R. *Volviendo a pensar*. 1985.
2. BLEGER, J. "Grupos operativos no ensino". Em: *Temas de Psicologia*. pp. 53-198.
3. FERNANDES, J. W. "Vicissitudes do Processo Comunicacional no Grupo e do Grupo". Trabalho apresentado no I Encontro Luso-Americano de Psicoterapia Analítica de Grupo. São Paulo. Agosto de 1991.
4. LAING, R. Citação do trabalho de Cerveny, L. M. O; Oliveira; N. F. M."Instituição-ilusão, conhecimento — O repensar" *Rev. Arpag*. V. 1, nº 01, p. 50, 1989.
5. LIBERMAN, D. *Comunicación y Psicoanalise*. 1975.

6. MAILHIOT, G. B. *"Comunicação Humana e Relações Interpessoais". Em: Dinâmica e gênese dos grupos.* pp. 63-88. 1977.
7. PIAGET, J. Seis Estudos de Psicologia. 1962.
8. RIBEIRO, J. P. "Processos de Comunicação". Em: *Psicoterapia Grupo-analítica.* pp. 130-137. 1981.
9. PUGET, J. et al. "Teoria de la Interacción y de la Comunicación". Em: *El Grupo y Sus Configuraciones.* pp. 22-23. 1991.

17

INTERPRETAÇÃO

Acreditamos que, dentre todos os capítulos deste livro, este deva ser o mais controvertido pela razão de abordar algumas questões que continuam sendo muito polêmicas, tais como: as interpretações configuram uma psicoterapia analítica em grupo, do grupo, ou de grupo? As interpretações devem ficar limitadas ao aqui-agora da transferência grupal? Elas devem privilegiar o conflito individual, como na psicanálise clássica, ou priorizar a comunicação e os papéis? E assim por diante.

Ainda que a interpretação não seja o único fator terapêutico, ela se constitui, sem dúvida, como o instrumento fundamental. Sempre houve, notadamente nos tempos pioneiros da psicanálise, uma supervalorização, quase mágica, da arte de interpretar os significados inconscientes do conteúdo dos sonhos e da livre associação de idéias, numa tenaz busca por decifrar os enigmas escondidos nas dobras de sua simbologia. O papel do paciente era o de trazer "material", enquanto o da analista era unicamente o de interpretá-lo.

Hoje, as coisas não são vistas bem assim. O prefixo "inter" da palavra interpretação diz bem do caráter inter-relacional do vínculo terapêutico em que se processa um recíproco e contínuo intercâmbio de sentimentos.

Assim, a interpretação se forma no terapeuta a partir da elaboração interna de uma série de fatores: seus conhecimentos teórico-técnicos (acerca da livre associação de idéias, o jogo das identificações, as múltiplas transferenciais, os *actings*, etc.), suas sensações transferenciais, sua capacidade de empatia e de intuição e, em caso de grupos, a sua aptidão em captar o denominador comum da tensão grupal. É útil lembrar que a interpretação também opera pelo entendimento daquilo que não é dito e não é feito.

Mas o que é mesmo "interpretar"? Vamos tentar responder através de uma analogia: entendo que uma mãe está "interpretando" o seu filhinho quando ela percebe, escuta, compreende, significa e nomeia as necessidades e angústias que a criança está comunicando através, muitas vezes, de uma linguagem primitiva. A analogia é extensiva aos grupos e, nesse caso, essa mãe (grupoterapeuta) não monopoliza e nem se deixa monopolizar pelo filho, integra-o na configuração do grupo familiar, e preserva a sua própria individualidade.

Assim, a interpretação analítica visa a uma série de finalidades que necessitam ser muito bem conhecidas pelo terapeuta e que, em linhas gerais, são as seguintes:

— Promover o *insight* (tornar consciente aquilo que for pré-consciente ou inconsciente) e a relação do sujeito consigo mesmo.
— Romper a fantasia de fusão com um objeto imaginário e introduzir a discriminação além de, a partir daí, propiciar um acesso ao nível simbólico.
— Reconhecer e reintegrar os aspectos que estão dissociados e projetados.
— Desfazer as negações da realidade, exterior e interior.
— Dar nomes aos sentimentos mais primitivos que ainda estão inonimados.
— Fazer discriminações entre as diferenças.
— Propiciar ressignificações (através de um jogo dialético entre a tese inicial do paciente, a antítese apresentada pelo terapeuta, e a síntese resultante, seguida de novas teses...).
— Promover o desenvolvimento das funções do ego, principalmente as de *percepção* (por exemplo, as distorções resultantes do uso excessivo de identificações projetivas), de *pensamento*, *linguagem*, e *ação*.
— Reconhecer, e modificar, a assunção e adjudicação de papéis do campo grupal.

É claro que essas diversas finalidades da função interpretativa, acima enumeradas, obedeceram a um esquema didático, sendo que, na prática, de certa forma, tudo isso se superpõe e se processa de forma evolutiva ao longo de qualquer tratamento de propósito analítico.

Por outro lado, cremos ser útil procedermos uma distinção entre interpretação propriamente dita e atividade interpretativa. A primeira é classicamente considerada como sendo a que, no aqui-agora da transferência, através da formulação verbal do terapeuta, descodifica o conflito inconsciente que se estabelece entre os impulsos, defesas e as relações objetais internas. Atividade interpretativa, por sua vez, implica no uso de intervenções que levem os pacientes a fazerem indagações e reflexões. Nesse caso, as intervenções do terapeuta incluem o uso de perguntas, de clarificações (enfoque de detalhes significativos), confrontações (confrontos entre as contradições do paciente, assim como de suas dissociações) e o eventual emprego de analogia e de metáforas.

PATOLOGIA DA INTERPRETAÇÃO

A interpretação consta de três aspectos: o conteúdo, a forma e o estilo. Cada um deles tanto podem ser adequados como podem incidir num desvirtuamento contraproducente.

1. Em relação ao conteúdo

A patologia do *conteúdo* da interpretação diz respeito principalmente ao fato de que aquilo que o terapeuta interpreta não corresponde exatamente ao que de relevante lhe foi comunicado. Outra possibilidade é a de que o conteúdo de interpretação não considere o aspecto positivo que muitas vezes está oculto numa aparência de negatividade.

Em grupoterapia, constitui um grave erro técnico o fato de um grupoterapeuta privilegiar o conteúdo das comunicações isoladas de um, ou de alguns membros, sem conectá-los com as dos outros.

2. Em relação à forma

Quanto à patologia da forma de transmitir a interpretação, os seguintes pontos devem ser assinalados:

— A interpretação vir a servir como um instrumento de poder do grupoterapeuta, a serviço de uma doutrinação e ao preço de uma submissão dos pacientes.
— Uma forma intelectualizada de conceber e de formular a interpretação.
— Um uso de interpretações "saturadas", que redundam e fecham ao invés de promover aberturas.
— Uso excessivo das interpretações, às vezes se constituindo em um verdadeiro *furor interpretandi*, e que não dá espaço aos pacientes de experimentarem, eles próprios, ensaiar a fazer interpretações do que está se passando.
— Um reducionismo sistemático ao transferencialismo do tipo "... é aqui, agora, comigo". Isso não só está longe de ser sempre verdade como ainda tem o inconveniente de reforçar os vínculos de natureza simbiótica, assim como o de dificultar o desenvolvimento do senso de crítica da realidade exterior.
— A interpretação ser transmitida em um canal que não pode ser sintonizada pelo aparelho receptor dos pacientes. Por exemplo: será infrutífera a interpretação formulada em termos conceituais abstratos para pacientes regressivos que não tenham bem desenvolvida essa capacidade de formação de símbolos.

— A interpretação ser dirigida unicamente aos indivíduos separadamente (a chamada "análise em grupo"), ou, no extremo oposto, ser sistematicamente enfocada no "todo grupal" (análise do grupo). No primeiro caso, a patologia consiste em que ela não só impede a formação da passagem da condição de serialidade para a de grupo propriamente dito, como ainda gera um foco de inveja e rivalidades nos outros — e de culpas no privilegiado.

Claro que tais ansiedades poderiam ser trabalhadas no grupo, mas como, neste caso, a interpretação está sendo individualizada, não se consegue sair do círculo vicioso. No caso de se interpretar unicamente a totalidade grupal, há o grave prejuízo de que cada indivíduo fique despersonalizado e com mais dificuldades em consolidar a sua identidade individual.

Acreditamos ser necessário deixar bem claro que a terapia não é *do* grupo em si, o qual não passa de uma abstração e é transitório; os indivíduos que aceitaram um tratamento grupal foram em busca de soluções para os problemas de sua vida privada. Pertenço à corrente de grupoterapeutas que preconizam a terceira modalidade de grupoterapia analítica: a *de* grupo, ou seja, tanto são válidas as interpretações individuais ou as coletivas, desde que sempre elas fiquem conectadas entre si. O fio condutor dessa interconexão é o reconhecimento, por parte do terapeuta, do denominador comum da tensão grupal.

3. Em relação ao estilo(*)

O *estilo* de como o grupoterapeuta intervém e interpreta exerce uma inequívoca influência no campo grupal. *Estilo* e *técnica* costumam se confundidos, mas não são a mesma coisa, estando o primeiro a serviço do segundo.

O estilo é variável de um terapeuta para outro e diz respeito a uma forma *sui generis* de ser de cada um de nós, enquanto uma determinada técnica obedece a postulados bem definidos e invariáveis.

O estilo pessoal diz muito de como é, na realidade, a pessoa do grupoterapeuta e, por isso mesmo, essa sua autenticidade, de modo geral, deve ser respeitada e preservada. No entanto, algumas peculiaridades estilísticas comprometem a eficiência técnica. Seguem alguns exemplos:

— *Estilo retórico.* O significado de como Aristóteles definiu Retórica diz tudo: "É a arte de inventar ou de encontrar provas para o que se afirma". Em resumo, é o uso da palavra como instrumento de catequese e

(*) É interessante para nós, terapeutas que fazemos interpretações, o fato de que a palavra "estilo" deriva de *estilus* que, em latim, significa buril, um estilete com duas pontas: uma afiada, para cortar a resistência da cera que vai ser impressa, e a outra romba, para aparar e dar-lhe forma.

de poder sobre o ouvinte. Esse estilo é próprio dos terapeutas excessivamente narcisistas.

— *Estilo — "Os pacientes nunca têm razão"*. Freud(2) se reportou a isso ao contestar a crítica de que os analistas se comportavam na base de "se der cara ganho eu, se der coroa, perde você". Aliás, o inconveniente deste estilo é o fato de que um terapeuta sempre muito certo estimula a dependência e bloqueia as capacidades criativas do indivíduo e do grupo.

— *Estilo cauteloso.* O terapeuta parece estar pisando sobre ovos ao fazer a sua interpretação. O uso de um permanente prelúdio do tipo "Acho que vocês estão querendo me dizer que ...", além de outras expressões equivalentes, pode acarretar um prejuízo no trabalho de elaboração. Assim, ele pode anestesiar, às vezes, um necessário impacto útil aos pacientes, e também pode reforçar neles a fantasia de que estão sendo poupados porque são muito frageizinhos ou de que o seu inconsciente está tão minado que todos podem estar correndo o risco de uma catástrofe.

— *Estilo cobrador-acusador.* Consiste numa forma de formular as interpretações nas quais estas se confundem com uma permanente insatisfação do terapeuta com os seus pacientes (na base de: "vocês não estão querendo ver que ..."). Este é um estilo nocivo e muito mais assíduo do que possa parecer.

— *Estilo loquaz.* O terapeuta se empolga com as suas próprias interpretações e acaba tirando o espaço dos demais para uma necessária pausa para as reflexões. Isso ocorre com grupoterapeutas que não suportam o silêncio e muitas vezes incidem no estilo pingue-pongue, pelo qual, na base de um bate-rebate, ele vai exercendo uma ininterrupta atividade interpretativa sobre qualquer colocação de cada paciente.

— *Estilo reducionista.* Consiste em que o grupoterapeuta, seja qual for o contexto do campo grupal, reduza tudo o que ouve dos pacientes a um cerrado esquematismo da infância. O inconveniente é que ele pode estar bloqueando a abertura de novos caminhos para velhos problemas. Um reducionismo ainda mais nefasto é o que aliena os indivíduos e se concentra em um sistemático "o grupo está me dizendo que..."

— *Estilo rococó.* Consiste numa empostação verbal do grupoterapeuta que está mais interessado em *bien dire* do que em *dire vrai*, utiliza adornos e floreios lingüísticos que comprovam quão inteligente, criativo e erudito ele é...

— *Estilo pedagógico.* As interpretações se confundem com pequenas aulinhas sobre determinados temas que surgem. A restrição a este estilo não exclui a viabilidade ocasional do recurso pedagógico, como, por exemplo, num grupo de púberes ou de adolescentes ávidos por esclarecimentos.

É claro que muitos outros estilos poderiam ser descritos, mas a finalidade da exemplificação é a de sublinhar que muitas vezes a interpretação pode estar exata do ponto de vista do conteúdo, mas, apesar disso, devido a um problema de forma e de estilo, ser ineficaz em relação à meta de conseguir plantar um *insight* afetivo que seja efetivo na promoção de mudanças.

TÉCNICA DA INTERPRETAÇÃO GRUPAL

Não pretendemos, aqui, abordar em extensão o tema da técnica interpretativa grupal por duas razões. A primeira é pelo fato de que a interpretação resulta de uma elaboração interna do grupoterapeuta, a partir de múltiplos fatores de natureza complexa, o que faz com que ela mais se aproxime de uma criação artística do que de uma ciência de regras explícitas. A segunda razão é a de que são inúmeras e variadas as táticas e técnicas, assim como os critérios interpretativos. Vamos nos limitar, pois, a registrar a nossa experiência e posição pessoal.

Nestes trinta anos de prática continuada como grupoterapeuta, pouca coisa de significação fundamental se modificou em nós em relação ao marco referencial teórico que serviu de base aos temas dos capítulos anteriores; no entanto, sofremos profundas modificações em relação à técnica da atividade interpretativa.

Bem no início de nosso trabalho com grupos terapêuticos analíticos nos mantivemos obedientes aos postulados que os ensinamentos vigentes na época ditavam: sempre interpretar o grupo como um todo (uma vez, pelo menos, em um congresso latino-americano, ouvimos a recomendação de não declinar o nome de nenhum paciente em particular, durante a sessão, para não prejudicar a *gestalt* grupal ...); sempre interpretar no aqui-agora transferencial e nunca na extratransferência; evitar incluir, na interpretação, os aspectos infantis do passado, pela razão de que o grupo é uma abstração e, portanto, diferentemente dos indivíduos, ele não tem uma história evolutiva desde a infância; entender o campo grupal sob uma óptica kleiniana, isto é, sob a égide dos impulsos destrutivos e das respectivas ansiedades psicóticas.

Nossa fidelidade a tais princípios durou pouco tempo: tudo nos parecia algo artificial e nos sentíamos um tanto violentados e, ao mesmo tempo, como que violentando aos pacientes. Aos poucos, e cada vez mais, fomos nos permitindo fazer mudanças técnicas quanto à atividade interpretativa, nos seguintes sentidos:

1. Discriminar as individualidades, ainda que sempre em conexão com o denominador comum do contexto grupal.
2. Valorizar muito mais os aspectos extratransferenciais.
3. Utilizar menos sistematicamente as interpretações transferenciais no aqui-agora-conosco (a menos que as ansiedades emergentes estejam direta ou indiretamente ligadas a nós, é claro), e mais a atividade inter-

pretativa constante de clareamentos, confrontos e perguntas que induzam a indagações reflexivas.

4. Dar importância prioritária ao assinalamento das funções do ego, notadamente as de Percepção, Pensamento, Linguagem, Comunicação e Conduta.
5. Valorizar os aspectos positivos da personalidade, como, por exemplo, os que estão nas entrelinhas de muitas resistências e *actings*.
6. Enfatizar, sobretudo, o desempenho de papéis fixos e estereotipados no grupo, bem como na vida lá fora.
7. Valorização especial dos problemas da comunicação, os quais costumam expressar-se sob distintas formas, especialmente de falsos acordos e aparentes desacordos, assim como por meio de mensagens ambíguas e pelos mal-entendidos.
8. Permitir e, de certa forma, estimular que os próprios pacientes exerçam uma função interpretativa.
9. Maior valorização aos aspectos contratransferenciais (especialmente como sendo um veículo de comunicação dos pacientes, em nível primitivo) e dos possíveis conluios contra-resistenciais.
10. Fazer, ao final de cada sessão, uma síntese das principais experiências afetivas ocorridas ao longo dela, sempre visando à integração grupal.

Um outro ponto indefinido é o de como avaliar a eficácia das interpretações. De um modo geral, quando elas são adequadas, costumam promover no clima da sessão um sentimento de alívio — que se deve fundamentalmente ao fato de se sentirem compreendidos — logo seguido do aporte de novas associações e sentimentos. Por outro lado, as interpretações devem propiciar um *insight* que permita novas aberturas para os velhos problemas.

Não basta a presença real de outras pessoas em um grupo para que se estabeleça o reconhecimento dos outros: a atividade interpretativa é que vai possibilitar a saída do nível narcisista imaginário e o reconhecimento das diferenças de cada um com os demais.

A tendência dos indivíduos e dos grupos é a de repetirem, compulsiva e estereotipadamente, na vida exterior, o drama das relações objetais que se desenvolve na vida interior de cada um, sendo que, em um grupo terapêutico, as interpretações podem representar uma porta de libertação.

Um bom exemplo disso pode ser extraído da obra de Sartre, *Huis Clos*, em que há um grupo de três personagens, os quais estão encerrados em uma habitação que lhes parece ser a antessala do inferno e da qual tentam fugir de qualquer maneira. Apesar da porta estar aberta, ninguém consegue sair, até que descobrem que o inferno está dentro deles e que estão condenados a repetir eternamente o círculo vicioso maligno de crueldade, culpa e castigo. Se fosse num grupo terapêutico é provável que teriam uma boa chance de sair dessa situação, através de uma ação modificadora provinda das interpretações de um grupotera-

peuta pela razão de que esse não estaria envolvido, com os demais, nas malhas da rede neurótica.

Portanto, um critério de eficácia das interpretações é quando, ao longo do tratamento, vão se processando mudanças nas pessoas. Também é importante assinalar que as interpretações das configurações básicas nos grupos promovem um novo código comunicacional, sendo que o mesmo pode servir como um seguro critério de aferição do desenvolvimento da grupoterapia.

Assim, um indicador de que as interpretações não estão sendo assimiladas pelo grupo é quando, ao invés de verdadeiras modificações na mente e na conduta, estiver havendo apenas uma mera intelectualização, ou uma reiteração e intensificação dos *actings*, sinal de que os pacientes não estão se sentindo entendidos, conforme o exposto no Capítulo 18.

Orientação Bibliográfica

1. BLAY NETO et al. (Relatório da Sociedade Paulista de Psicoterapia Analitica de Grupo). "A Interpretação". Em: *Temas do 7º Congresso Brasileiro de Psicoterapia Analítica de Grupos*. pp. 2-17. 1988.
2. FREUD S. *Construções em psicanálise*.
3. GRIMBERG, L. et al "Interpretación". Em: *Psicoterapia Del Grupo*. pp. 148-151. 1957.
4. GROTJAHN, m. "Interpretação". Em: *A arte e a técnica em terapia analítica de grupo*. pp. 47-63. 1977.
5. NACHER P. G. y CAMARERO, J. A. L. "La Interpretación". Em: *Del diván al círculo*. pp. 115-146. 1985.
6. NATRIELLI, D. G. et al. (Relatório do Grupo de Psicoterapia de Juiz de Fora-Barbacena). "O Grupo Analítico e Suas Vicissitudes: A Interpretação". Em: *Temas do 7º Congresso Brasileiro de Psicoterapia Analítica de Grupo Caxambu*. pp. 9-17. 1988.
7. PUGET, J. et al. "Modelo de Interpretación". Em: *El Grupo y Sus Configuraciones*. pp. 65-95. 1991.
8. RIBEIRO, J. P. "A Interpretação". Em: *Psicoterapia Grupo-analítica*. pp. 138-145. 1981.
9. ZIMMERMANN, D. "Contribuição ao Estudo da Técnica da Interpretação em Psicoterapia Analítica de Grupo". Em: *Estudos sobre Psicoterapia Analítica de Grupo*. pp. 165-182. 1971.

18

ACTINGS

A definição de *acting* (ou *atuação*) é muito imprecisa pelo fato de que os autores emprestam significados distintos a este fenômeno de surgimento muito comum nos processos terapêuticos.

No sentido estrito do termo, *Acting out* designa uma determinada conduta que se processa como substituta de sentimentos que não se manifestam no consciente. Isso costuma ocorrer devido a uma das seguintes quatro condições: quando os sentimentos represados correspondem às fantasias que estão reprimidas e que não são recordadas (como ensinou Freud), ou não são pensadas (segundo Bion), ou não são comunicadas pela verbalização, ou não conseguem ficar contidas, dentro do indivíduo.

Conforme o seu tipo e grau, os *actings* podem ser classificados como normais ou patológicos ou, ainda, como benignos e malignos.

CAUSAS

Em qualquer das possibilidades abaixo enumeradas, o *acting* sempre representa uma forma de comunicação não verbal, de natureza primitiva, como uma tentativa de preencher vazios e acalmar ansiedades que se formam a partir das seguintes vertentes:

1) *Ansiedade de separação*: para essas pessoas, uma "não-presença" é representada como sendo uma "ausência", um abandono e, por essa razão, saem à cata de pessoas que substituam os ausentes que os teria abandonado em favor de outros, que é como sentem o seu terapeuta por

ocasião de feriados ou de férias, por exemplo. Este tipo de *acting* costuma adquirir características erotizadas, hetero ou homossexuais.

2) *Intolerância às frustrações*: é complementar à condição anterior pelo fato de tais pacientes vivenciarem uma frustração como um rechaço, um desprezo por eles. A raiva resultante faz com que abandonem, afetivamente, a pessoa responsável pela frustração; daí sentirem-se mais sozinhas e recorrerem ao *acting* compensador do vazio formado.

3) *Ódio e revide*: se o ódio resultante de uma frustração, ou de um sentimento de inveja for muito intenso, ele provoca ímpetos vingativos e retaliadores(*), os quais podem se expressar através de *actings* malignos constantes de uma conduta sádico-destrutiva e que, pelas culpas resultantes, se organizam como masoquismo.

4) *Pedido por socorro*: nestes casos, o *acting* funciona como um sinal de alarme no sentido de que as pessoas de seu meio se dêem conta de que algo não vai bem e que os socorram e contenham.

5. *Busca de depositário*: muitas vezes o indivíduo não consegue conter dentro de si os seus próprios aspectos intoleráveis, ou sua necessidade de manter um mundo de ilusões, necessitando atuar no sentido de envolver outras pessoas que se façam cargo dessas necessidades e as complementem. Assim é que uma pessoa sádica tem um faro incrível para encontrar uma masoquista, e vice-versa; um dependente se envolver com uma "mamãe", e assim por diante .

6) *Papel de "atuador pelos demais"*: ocorre nos grupos, conforme foi descrito no capítulo que tratou da formação de papéis no campo grupal, e consiste em que um indivíduo, ou um subgrupo, expresse na sua conduta atuadora uma compensação vicariante para os desejos ocultos e inconfessados dos outros que o acionam.

ACTINGS NAS GRUPOTERAPIAS

Todos os autores que se interessam pelos fenômenos que surgem no campo grupal reconhecem que a tendência ao *acting* é particularmente freqüente e intensa nos grupos, e que essa intensidade crescerá em uma proporção geométrica com o número de indivíduos de caracterologia psicopática que, eventualmente, tiverem sido incluídos na composição do grupo.

Nos grupos com adolescentes é particularmente volumoso o surgimento de *actings*, tanto os sadios como os patológicos .

As atuações nos grupos podem advir de indivíduos, de subgrupos, ou da totalidade grupal. Por outro lado, elas podem se processar dentro do grupo, ou

(*) A etimologia da palavra retaliação designa o sujeito que, vingativamente, se utiliza, mais uma vez ("re") da lei de Talião.

fora dele, cujo caso pode envolver um ou mais de seus integrantes, ou terceiras pessoas.

A experiência da prática clínica demonstra que os *actings* mais ocorrentes adquirem as seguintes formas:

1. *Quebra de sigilo*: é um acting que pode adquirir uma conseqüência deletéria, tanto para os demais componentes do grupo, que se sentem ameaçados e desunidos, como para a imagem do grupoterapeuta e, principalmente, para a reputação que o tratamento de grupo tem junto ao público.

   Essa forma de atuação tem maior risco de acontecer no início do funcionamento da grupoterapia em razão de que os integrantes ainda não formaram um *esprit de corps*, e o nível de ansiedades despertadas é muito elevado.

   Da mesma forma, um elemento novo que ingressa num grupo em andamento pode representar um risco de inconfidência devido à necessidade de extravasar a sua ansiedade para fora do grupo.
2. *Busca de privilégios*: é o mais freqüente dos *actings* e se expressa através de telefonemas particulares para o terapeuta, ou uma "conversinha" após o término da sessão, ou um pedido por uma sessão individual, ou uma distinção quanto ao pagamento de honorários, ou a manutenção de algum segredo com ele, etc, etc.
3. *Controle*: consiste em envolver demais pessoas, fora do grupo, que conheçam o terapeuta, em busca de detalhes da sua vida íntima, e isso lhes confere uma sensação de maior proximidade e intimidade. Não é raro que procurem saber de outros pacientes do mesmo terapeuta se há diferença na forma de como são tratados, etc.
4. *Acasalamento*: quer sob a forma de "namoros", ou de relações extraconjugais, muitas vezes de forma promíscua, o *acting* de natureza erótica é muito comum. Esta atuação adquire gravidade quando se processa entre os membros de um mesmo grupo e, pior ainda, quando o grupoterapeuta é mantido na ignorância do que se passa.
5. *Convívio social*: este tipo de *acting* necessita ser muito bem discriminado quanto à sua normalidade ou patologia. Todos os grupoterapeutas confirmam que é praticamente uma regra em todos os grupos as conversas na sala de espera, antes da sessão, e o encontro após a sessão, na rua ou no bar, de alguns ou de todos. Da mesma forma, eles costumam ter um convívio social e exclusivas situações festivas, muitas vezes com a companhia dos respectivos cônjuges, em circunstâncias como as de aniversários, despedida de alguém que concluiu o tratamento, véspera de férias, etc.

A necessidade de discriminar a natureza dessa forma de *acting* é que este tanto pode estar sendo a expressão de uma evolução negativa, como positiva.

Assim, tais encontros fora do enquadre grupal podem estar comunicando, através da linguagem do *acting*, que o grupo não vai bem e que, por isso, trocam confidências que são sonegadas durante as sessões. Uma outra possibilidade desse *acting* é que ele esteja preenchendo uma necessidade de os indivíduos compensarem o vazio de uma angústia de separação, por exemplo, através da alimentação da "ilusão grupal"(1).

No entanto, esses encontros fora da sessão também podem evidenciar que o grupo vai bem, tanto que consolidou uma confiança básica, uma solidariedade e camaradagem, e que sabem manter a devida delimitação entre a vida social e a terapêutica.

A primeira das duas possibilidades acima levantadas exige um profundo trabalho interpretativo; enquanto a segunda, em nosso modo pessoal de proceder atualmente, deve ser encarada com naturalidade e não requer maiores interpretações de intenções inconscientes.

Um aspecto de muita importância que deve ser ressaltado é o da possibilidade, nada rara, de o grupoterapeuta contra-atuar. Nesse caso, ele vai se enredar nas malhas dos *actings* e, a partir da perda dos limites da hierarquia, vai aceitar algumas tentadoras propostas de negócios, vai participar de todas as festinhas, etc, etc.

Finalmente, não é demais repisar que muitos *actings*, de aparência maligna e natureza preocupante, devem ser cuidadosamente avaliados porque podem estar expressando um primeiro — e necessário — passo na elaboração de alguma mudança significativa.

As mesmas considerações que acima foram referidas em relação aos *acting-outs*, são também válidas para os *actings-in*. Assim, o grupoterapeuta deve ter condições de discriminar entre a possibilidade de que esses *actings-in*, ou seja, os que se manifestam no próprio seio do grupo, estejam sendo deletérios, ou se eles representam uma dramatização, em nível pré-verbal, de mensagens positivas em relação à evolução de cada um e de todos do grupo.

EXEMPLO CLÍNICO (Nº 5)

A vinheta que segue visa justamente ilustrar uma situação de *acting-in* de natureza positiva.

Trata-se de uma grupoterapia analítica com um ano de duração, e que se caracteriza por um excessivo formalismo e timidez por parte dos seus integrantes, nos quais prevalece uma caracterologia de predominância obsessiva.

Habitualmente, para começar uma sessão, o terapeuta deste grupo se dirige à sala de espera, onde recepciona os pacientes presentes, que então se encaminham ao consultório e sentam-se nas cadeiras, à livre escolha de cada um.

Os retardatários entram automaticamente na sala onde o grupo já está trabalhando.

Na presente sessão, diferentemente da rotina habitual, ao sair de seu WC privativo e adentrar na sala do grupo, o terapeuta é surpreendido com a visão de que todos os componentes do grupo já estavam sentados, quietos, e logo após a sua entrada desataram em gargalhadas e tímidas frases de gozação...

A primeira sensação contratransferencial foi um misto de susto e de raiva, o grupoterapeuta sentiu o que ele classificou como sendo um sentimento de que ele estava sendo vítima de "uma invasão". Em seu momento de perplexidade, lhe vinha à mente um texto que lera sobre grupoterapia analítica, no qual o autor relatava uma experiência onde o grupo o "destronava" (um paciente sentou na cadeira reservada ao terapeuta) e esse autor interpretara tal situação como sendo representação de um "assassinato do pai".

No breve tempo em que prosseguiam as brincadeiras, a mente do terapeuta ficou totalmente ocupada, tanto com um esforço em conter o seu ímpeto de irritação, como em procurar uma explicação para o que estava se passando: seria uma reação maníaca? (e, nesse caso, para fugir de qual medo ou depressão?); seria um ataque invejoso destrutivo?; seria uma clara demonstração de que o grupo estava em um estado caótico porque a sua liderança estava falindo?; ou poderia ser algo diferente que o grupo estava querendo lhe transmitir?

Enquanto o grupoterapeuta buscava as respostas, os pacientes começaram a falar:

Assiz: Passada a brincadeira, quero falar de minha filha (de 8 anos). Ela anda rebelde a todas as obrigações , quer seja para cumprir os horários da escola, para vestir o uniforme, para fazer os temas...(se prolonga em detalhes).

Bela: Também não sei o que fazer com o meu filho. Ele se mete no meio do casal e quer toda a atenção voltada para ele. O que o coitado está conseguindo é só incomodar muito e irritar cada vez mais o M. (pai do menino) que já não quer mais brincar com ele e até já fez ameaças de castigá-lo e de expulsá-lo de casa.

Carlos: Diz que vai mudar de assunto e detalha o andamento de sua próxima mudança para um apartamento maior e mais arejado.

Dalva: Pois eu levei um enorme susto, na minha oficina: uma máquina fez uma enorme fumaceira e parecia que ia pegar fogo. Eu estou sempre sobressaltada: se o telefone toca após o expediente, logo penso que vão me comunicar uma tragédia, tipo incêndio, inundação, estrago de máquinas, etc.

À medida que se foi recuperando do impacto contratransferencial, o terapeuta foi compreendendo a "invasão" como sendo uma tentativa do grupo em fazer uma aproximação mais descontraída com ele, com mais direito a brincadeiras e uma menor escravidão a um estrito cumprimento dos deveres, como foi uma constante nas famílias originais, de cada um deles.

Ao sentir que estava em condições de correlacionar o significado simbólico do *acting-in* com os significados que estavam implicitamente expressos no encadeamento das comunicações verbais que se seguiram, o grupoterapeuta em sucessivas interpretações partilhou com o grupo um importante *insight*: o de que cada um individualmente e o grupo como uma totalidade estavam expressando uma busca de liberdade.

No contexto da sessão, esse anseio por liberdade estava sendo traduzido por meio de uma conduta de desobediência às obrigações (expresso na filha de Assiz). A isto se seguiu o medo de serem mal-interpretados e correrem o risco de serem punidos e expulsos (como ocorria com o filho de Bela). Esse risco, conforme expressou Dalva, os deixa em um estado de permanente sobressalto de que possa vir a ocorrer uma tragédia. Coube a Carlos ser o porta-voz de uma mensagem esperançosa que estava refletindo o momento atual de todos os membros do grupo: a de que eles possam estar próximos de fazer uma "mudança para um apartamento" (um mundo interno maior e mais arejado), caso eles forem bem entendidos e acolhidos em seus ensaios de uma maior aproximação, especialmente quando essa tiver uma aparência de brincadeira agressiva.

Este último aspecto — o da brincadeira — é particularmente importante no desenvolvimento dos indivíduos e nos faz lembrar Winnicott[8] que enfatizava a necessidade de que as crianças fossem estimuladas e tivessem liberdade para desenvolver uma capacidade fundamental: a de "brincar".

Orientação Bibliográfica

1. ANZIEU, D. El. *Grupo y el inconsciente*. 1978.
2. BLAY NETO B. "Acting Out nos Grupos Terapeuticos". Em: *Revista da Flapag*. pp. 41-52.
3. CHAVES, G.G. "Estructuración Perversa en el contexto grupal". Em: *El Grupo y Sus Configuraciones*. pp. 149-165. 1991.
4. FERCHSTUT G. "Acting-out em grupos". *VI Congresso Latino-Americano de Psic. e Psicoterapia de Grupo*. Rio de Janeiro, 1978.
5. FREUD, S. "Recordar, repetir e elaborar" (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise). *St. Ed*. Vol. XII. 1968.
6. GRIMBERG, L. et al. "Integración y Continuidad en un Grupo Terapêutico". Em: *Psicoterapia Del Grupo*. pp. 129-132. 1957.
7. GROTJAHN, M. "Atuação (Acting Out)". Em: *A arte e a Técnica em Terapia Analítica de Grupo*. pp. 151-152. 1977.
8. MELLO FILHO, J. i"Contribuições da Escola de Winnicott à Psicoterapia de Grupo". Em: *Grupoterapia Hoje*. 19.
9. NACHER, P. G. y CAMARERO, J. A. L. "El Acting Out" en Psicoterapia Analítica de Grupo. Em: *Del diván al círculo*. pp. 139-156. 1985.
10. MILLER DE PAIVA, L. "Atuação Transferencial em Grupoterapias. Importância dos Traumas nos Períodos de Molde". Em: *Psicanálise de Grupo*. pp. 206-227.1991.

19

INSIGHT, ELABORAÇÃO. CURA

A aquisição de *insight*, o processo de elaboração e os resultados terapêuticos são indissociados entre si, razão pela qual serão estudados em conjunto.

INSIGHT

De acordo com a sua etimologia: *in* (dentro de) + *sight* (visão), a palavra *insight* conceitua a aquisição de uma visão interna, a qual se processa a partir da atividade interpretativa do terapeuta. A conceituação de *insight*, antes do que um simples acréscimo de conhecimentos sobre si próprio, deve se entendida como um descobrimento, no sentido de que o contexto da palavra sugere: o de retirar(des) o véu que cobre (coberta) as verdades preexistentes. As descobertas propiciam novas criações.

Em linhas esquemáticas, podemos dizer que o *insight* se processa numa seqüência temporal, em três modos distintos: o *insight* intelectivo, o cognitivo e o afetivo.

O primeiro deles não passa de um conhecimento estéril, pela razão de não colocar o indivíduo em contato consigo mesmo e, além disso, muitas vezes é utilizado a serviço do arsenal defensivo de um paciente que seja, por exemplo, um narcisista ou um obsessivo. Já o *insight* cognitivo conota com a noção de que o conhecimento adquirido ainda é insuficiente para proceder a mudanças, mas é o suficiente para causar um impacto, uma perplexidade, um meio caminho andado para o *insight* afetivo. Este último consiste em que o paciente correlaciona a cognição que ele adquiriu das experiências afetivas recentes com as do passado e assume a responsabilidade pelo quinhão que lhe cabe. O *insight* cognitivo, acima referido, abarca diversas áreas e níveis: pode ser o de algum desejo oculto, o

significado de um *acting*, as culpas ditadas por um superego severo, um tipo de identificação, a estereotipia de um papel, a forma como ele utiliza as funções do ego, etc, etc.

Admite-se que um tratamento de grupo, pela própria natureza do campo grupal que se forma, propicia, com vantagens superiores às de uma terapia individual, a aquisição de *insight* pertinente a quatro aspectos muito importantes: o jogo de identificações projetivas e introjetivas, a assunção e adjudicação de papéis, os mal-entendidos da comunicação e a dialética entre a identidade individual e a social.

ELABORAÇÃO

Em linhas gerais, o processo de elaboração consiste na aquisição de um *insight* total e definitivo, conseguido através da integração de *insights* parciais.

A vida psíquica é constituída por estruturas compostas por pares antitéticos (amor x ódio, objetos "bons" x "maus", realidade x fantasia, interno x externo, parte x todo, infantil x adulto, verdadeiro x falso, parte psicótica x parte não psicótica, interesses dos indivíduos x interesses dos grupos, etc.) os quais, dissociados e projetados, estão fundidos e confundidos. Elaborar, em resumo, é o processamento de uma integração e síntese harmônica desses elementos decompostos. A partir desse contexto, pode-se dizer que o fim último da análise é a síntese.

É importante também considerar o modo como o *insight* está sendo adquirido e utilizado: se de forma intelectiva, cognitiva ou afetiva, harmônica ou confusional, plasmando uma identidade autêntica ("ser alguém") ou imitativa ("ser como alguém"); se conduz a mudanças construtivas ou a defensivas; se produz uma cura verdadeira ou uma cura cosmética (múltiplas camadas de beleza encobrindo a feiúra da doença oculta).

O resultado disso tudo deve ficar traduzido em mudanças significativas e duradouras, e não somente em adaptações. Caso contrário, estamos diante de uma elaboração defeituosa; ou porque o seu eixo fundamental — o *insight* — era falso, provavelmente de ordem intelectiva, ou devido a uma séria resistência inconsciente a mudanças (por narcisismo, por culpas, por apego às ilusões, etc.). No entanto, essa evitação de mudanças, e a preservação dos estereótipos acarreta um custo elevado: o bloqueio de novas experiências e a experimentação de capacidades latentes.

A elaboração em grupoterapias deve levar em conta algumas características específicas. Assim, pode ocorrer que os indivíduos tenham ritmos diferentes em sua capacidade de elaborar e de fazer mudanças. A observação clínica comprova que tanto mais sadio é um indivíduo num contexto grupal, quanto mais possibilidades ele tem em desempenhar um leque mais amplo de diferentes papéis, evolutivos, e não meramente repetitivos. Contudo, apesar das diferenças indivi-

duais, quando o grupo é coeso o crescimento se processa de forma uniforme, sem discrepâncias marcantes.

Por outro lado, é preciso levar em conta que as etapas em que se processam as rupturas de estereótipos costumam vir acompanhadas de certa confusão individual e grupal. É importante que o grupoterapeuta tenha claro para si que essa confusão, nesse contexto, é natural e até necessária.

Uma importante área de elaboração, especificamente propiciada pela grupoterapia, diz respeito ao cortejo de fantasias e ansiedades despertadas pela entrada de elementos novos, assim como a saída de outros. Neste último caso, o conteúdo da elaboração varia muito em função de que se a saída de um paciente do grupo tiver sido por interrupção (desistência; expulsão, etc.) ou por um término exitoso.

Em qualquer dessas possibilidades, em suas múltiplas variantes, a elaboração de perdas "ao vivo" confere uma tipicidade singular ao tratamento grupal.

MECANISMOS DA AÇÃO TERAPÊUTICA DO GRUPO, CRITÉRIOS DE CURA

A conceituação de "cura", na área do psiquismo, é muito relativa e imprecisa, uma vez que é muito abrangente. Dentro da especificidade de nosso tema — tratamento de grupo — as coisas se complicam ainda mais em função da velha polêmica: existe uma "grupoanálise" ou a denominação mais adequada é sempre a de "psicoterapia analítica de grupo"? Em outras palavras: há o reconhecimento público de que um tratamento de grupo possa ser considerado como uma psicanálise propriamente dita, ou nunca passa de uma "simples psicoterapia" de alcances muito limitados...

Vamos definir nossa posição pessoal: somos dos que pensam que, mais do que o método do tratamento utilizado, se individual ou grupal, o que deve valer mais para a obtenção do resultado analítico é a qualificação do terapeuta. Caso ele seja um psicanalista com uma completa formação em instituto de reconhecida idoneidade, não cremos que seja unicamente o cumprimento do *setting* da psicanálise clássica (número mínimo de quatro sessões semanais, uso do divã, etc.) que vai determinar o que é psicanálise "verdadeira" ou não. Já tivemos pacientes que, apesar de uma rígida obediência ao referido *setting* analítico formal, não fizeram mais do que uma psicoterapia, deitados; em contrapartida, temos absoluta convicção de que muitos pacientes de grupo obtiveram inequívocos resultados psicanalíticos, com as devidas mudanças estruturais e caracterológicas. Essa tomada de posição, genérica, não deve significar que estejamos igualando ambas formas de terapia, longe disso, há muitas similitudes e muitas claras diferenças entre psicoterapia e psicanálise. A discussão seria extensa e não nos parece adequado fazê-la aqui.

Para favorecer um entendimento consensual acerca do conceito de cura, vamos utilizar o seguinte esboço classificatório: os resultados terápicos podem ser subdivididos em benefícios terapêuticos e em resultados analíticos.

Os *benefícios terapêuticos* abrangem três níveis distintos: a) a resolução de crises situacionais agudas (quando bem manejadas costumam ser de excelente prognóstico), b) remoção de sintomas (se estes não estiverem organizados em uma cronificação também são de bom prognóstico), c) melhoras adaptativas (o paciente consegue melhorar muito o seu padrão de ajuste familiar, social e profissional, mas esta melhora é algo instável, sujeita a recaídas, por não ter sido construída com profundas modificações da estrutura interna).

Os *resultados analíticos*, sim, implicam no fato de que realmente se processaram as aludidas mudanças estruturais (relações objetais internas, identificações, etc.) com evidentes modificações caracterológicas e na conduta do indivíduo.

Um outro marco referencial que pode ser tomado acerca da conceituação do que é cura, é a que parte dos quatro significados semânticos dessa palavra.

Assim, os dicionários nos dizem que o vocábulo *cura* pode designar:

1) Em Medicina, a resolução completa de uma doença.
2) Uma prestação de cuidados (como em "cura" da paróquia; curador; pró-curador; curativo; des-curar, etc.).
3) O vocábulo cura deriva-se de *curios* que também é a raiz de "curiosidade".
4) Uma forma de amadurecimento (tal como é empregado para caracterizar um queijo que está sazonando).

Se estabelecermos uma conexão entre os dois modelos referenciais que aqui adotamos, pode-se dizer que a cura no sentido médico encontra correspondência na cura psíquica, nos casos de resolução de crises e de sintomas de aparecimentos recente; o segundo significado — o da prestação de cuidados adequados — permite atingir o benefício de nível adaptativo; a curiosidade é uma premissa básica para a aquisição de *insight* e o significado de "amadurecimento sazonal" equivale ao trabalho de elaboração, e daí aos resultados analíticos propriamente ditos.

Mas no que consistem esses resultados? Uma pretensão em querer esgotar o assunto nos levaria praticamente a revisar toda a teoria psicanalítica, além de outras... Por essa razão, vamos nos limitar a rastrear o conceito de como operam os mecanismos curativos, segundo os pontos de vista dos principais autores, a partir de Freud e, numa escalada evolutiva, passando por M. Klein, Bion, Winnicott, Kohut, Lacan, M. Mahler, bem como os seguidores da teoria sistêmica.

Em estilo altamente simplificador — com todos os riscos de cometer alguma heresia científica que esse tipo de comunicação implica — pode-se traçar o seguinte painel evolutivo do conceito de cura analítica:

Freud. Ele próprio, em diferentes épocas de evolução de sua extensa obra, conceituou o processamento dos mecanismos curativos em seus três clássicos aforismos: 1) "... todo neurótico sofre de reminiscências e a cura consiste em rememorá-las" (teoria do trauma psíquico). 2) "Tornar consciente o que é inconsciente" (teoria topográfica). 3) "Onde houver id (e superego) deve estar o ego" (teoria estrutural).

Vou usar o artifício de seguir o mesmo modelo do terceiro aforismo de Freud para os demais autores.

Melanie Klein. Seria assim: "Onde houver uma posição esquizoparanóide (predominância do instinto de morte, inato — representado pelo sentimento de inveja — com a conseqüente dissociação do ego e dos objetos, bem como a projeção destas partes explicadas) deve ficar a posição depressiva (o indivíduo faz a integração dos objetos parciais em totais, e assume a culpa pelos seus ataques destrutivos, e faz as devidas reparações)".

Bion. São múltiplos os vértices de abordagem deste autor sobre os mecanismos curativos. Exemplos: "Onde houver onipotência, devem ficar a capacidade de pensar e o aprendizado pela experiência". "Onde houver a função" "-K" (negação do conhecimento das penosas realidades, internas e externas) deve ficar a função "K" (é a inicial de *Knowledge* que quer dizer: conhecimento). "Onde houver ansiedade de aniquilamento, inominada ('terror sem nome') deve haver um nome para a mesma". "Onde houver a parte psicótica da personalidade, deve estar a não-psicótica", sendo que, em termos da dinâmica grupal, isso equivale ao seu outro postulado: "Onde houver supostos básicos inconscientes, deve ficar o grupo de trabalho".

Winnicott. Só para destacar um ponto, entre suas tantas contribuições importantes: "Onde houver um falso *self*, deve ficar o verdadeiro *self*".

Kohut. (criador da Escola da Psicologia do *Self*). Enfatizou o conceito de cura, em especial com pacientes muito regressivos, no seguinte ponto: Onde houver sérios prejuízos na formação do *self* (devido a falhas dos objetos primitivos, mãe principalmente) deve haver uma "internalização transmutadora" (através da figura empática do terapeuta, que se comporta como um novo "*self*-objeto").

Lacan. (maior figura da Escola Estruturalista). "Onde houver significações patológicas, devem haver novas ressignificações". "Onde houver uma sujeição (ser o desejo do desejo de um Outro) deve ficar uma liberdade e autonomia". E ainda: "Onde houver Narciso (díade fusional com a mãe) deve ficar Édipo" (entrada em cena da "Lei do pai" para desfazer o monopólio da mãe).

M. Mahler (importante representante da Escola da Psicologia do Ego). "Onde houver simbiotização e indiferenciação deve haver individuação, com constância objetal e coesão do *self*". Antes dela, os pioneiros desta escola americana (Hartmann) teriam postulado assim: "Onde houver um prejuízo na capacidade das funções do ego, devem ser resgatadas essas áreas que, inicialmente, eram autônomas e livres de conflitos".

Teoria geral dos Sistemas. "Onde houver uma radicalização e estereotipia na distribuição de papéis de um sistema (familiar) devem haver flexibilização, intercâmbio e mudanças".

E assim por diante.

Tudo isso comprova que a conceituação do que vem a ser a finalidade e o mecanismo da ação terapêutica analítica é realmente complexa. Em termos mais estritamente grupais, podemos afirmar que um processo exitoso de terapia analítica em uma concepção ideal, deve ser extensiva aos seguintes aspectos de mudanças psíquicas:

— Diminuição das ansiedades paranóides e depressiva. Isso implica em que os indivíduos possam assumir a parcela de responsabilidade pelo que fizeram ou deixaram de fazer para os outros e para si próprios.
— Desenvolvimento de um bom "espírito de grupo".
— Capacidade de comunicação e interação com os demais, sem a perda dos necessários limites.
— Uso adequado das identificações projetivas, sendo que isso tanto vai possibilitar uma menor distorção de como eles percebem os demais, como também o desenvolvimento da empatia, ou seja, a capacidade de se colocar no lugar de um outro.
— Ruptura da estereotipia cronificada de certos papéis. Aceitação das diferenças.
— Em pacientes muito regressivos a passagem do plano imaginário para o simbólico, o que, por sua vez, permitirá a passagem da posição de narcis-ismo para o de social-ismo.
— Desenvolvimento do senso de identidade individual, e da identidade grupal, assim como o de uma harmonia entre ambas.
— Capacidade em elaborar situações novas, perdas e ganhos.
— Capacidade em fazer discriminações entre os aspectos dissociados (entre o que é dele e o que é do outro; entre as contradições que permeiam o pensar, o sentir e o agir; entre a ilusão e a realidade, etc., etc.).
— Capacidade em se permitir ter uma boa dependência (é diferente de submissão ou da simbiose), assim como o de uma independência relativa (é diferente de rebeldia, de mandonismo, ou de "não precisar de ninguém").
— Aquisição de novos modelos de identificação e, ao mesmo tempo, uma necessária des-identificação com arcaicos modelos de identificação patológicas.
— Desenvolvimento das capacidades de ser "continente" de ansiedades, tanto para si próprio, como para a dos outros.
— Desenvolvimento de uma "função psicanalítica da personalidade" (termo de Bion, que designa uma boa introjeção do terapeuta e, portanto, uma identificação com a capacidade para fazer *insight* e interpretações).

EXEMPLO CLÍNICO (Nº 6)

Trata-se de um grupo terapêutico, analítico, aberto que, a contar de seu início, tem uma duração de mais de dez anos. Na sua atual composição participam, entre outros pacientes, a "caçula Adélia" (ingressou há 2 meses) e a "veterana" Cecília (participa do grupo há 9 anos, estando atualmente em processo de alta).

A vinheta clínica que segue visa ilustrar, na pessoa de Cecília, dois aspectos importantes: o desenvolvimento da "função psicanalítica da personalidade", assim com uma clara evidência de uma ruptura com papéis estereotipados.

A sessão começa com Adélia dizendo que pensou muito no que Bernardo (um outro membro do grupo) lhe dissera na sessão anterior: ele me falou que era impossível eu aparentar estar sempre bem e que eu não tivesse lágrimas, raivas e medos como todos aqui têm. Algo há. Enquanto eu pensava nisso, fui percebendo uma raiva contra R (o pai de sua filha) porque ele anda atrasando a pensão da menina e nem dá bola para o drama de meu orçamento. Telefonei para o pai dele e dei um xingão em todo mundo. Até vexames eu tenho passado devido à falta de dinheiro.

O grupo se interessa pelo relato de Adélia e faz indagações acerca das razões por que ela tem aceito essa situação de uma forma tão passiva, sem lutar pelos seus direitos. A isto ela responde que sua mãe lhe dá conselhos para não brigar, e que, se não for assim, ainda vai acabar perdendo o pouco que ganha dele. Por isso ela nunca procurou um advogado e que não existe nenhum contrato escrito quanto à sua separação, o que a obriga a correr atrás de R. para "pedir" a pensão da filha.

A seguir, Cecília diz que vai usar a sua experiência pessoal para dar um conselho à Adélia, e passa a contar para esta o quanto o seu próprio desquite, nos primeiros tempos, também teve características semelhantes aos que relatara a nova colega de grupo. Cecília prossegue fazendo uma síntese das passagens mais dolorosas de sua *via crucis* e mostra como foi possível reverter a relação doentia que mantinha com o seu ex-marido para uma situação atual de dignidade, à medida que ela foi perdendo o medo dele.

Os demais componentes do grupo participam ativamente do assunto e confirmam a visível modificação que eles têm observado nas atitudes de Cecília. Esta retoma a palavra e, num tom de voz muito emocionado, conta a briga que teve com o pai no dia anterior: diante de um erro de Cecília, seu pai chamou-a de "babaca", como, aliás, ele sempre fizera, desde que ela era criancinha. Prossegue dizendo que até há pouco tempo a sua reação diante de tais situações nunca passava das lágrimas, de um pedido de desculpas ou, no máximo, de uma raiva contida. Dessa vez ela se indignou e gritou com o pai "basta! é a última vez que me chamas de babaca, não vou mais admitir esse abuso. Foi preciso eu me tratar quase dez anos para descobrir que eu não sou, e nunca fui, a pateta que vocês me rotularam e me convenceram de que eu era. Pelo contrário, eu sou uma pessoa de muito valor, mas tenho o direito de errar como todo o mundo, como o

senhor por exemplo (lhe aponta alguns erros importantes). Eu respeito vocês, mas, de hoje em diante, eu exijo ser respeitada". Cecília ressaltou ao grupo que essa foi a primeira vez em sua vida que ela brigou com o seu pai, até então uma figura intocável. Não estava arrependida e, apesar de seu pai ter ficado muito aturdido, percebeu claramente que ele a entendeu muito bem, tanto que, após um constrangimento inicial, o clima entre eles ficou muito bom, e Cecília até pensou em presenteá-lo com um disco (soubemos, na sessão seguinte, que o disco que ela presenteou ao pai era o da filha de Nat King Cole, cantando juntamente com o pai já falecido, através de um moderno recurso tecnológico).

COMENTÁRIO

Muitas observações poderiam ser extraídas do material clínico acima, como, por exemplo, a evidência de uma resistência inicial (o "estar sempre bem", em Adélia) e o fato de que foi um componente do grupo (Bernardo) que, exercendo uma função interpretativa, auxiliou Adélia a começar o descongelamento de suas resistências. No entanto, vamos nos limitar a realçar unicamente o aspecto de que o caminho de uma verdadeira mudança psíquica deve passar pelo rompimento de alguns papéis estereotipados que foram incutidos pelos pais, e que os pacientes podem repetir compulsoriamente pelos restos de suas vidas (como foi o papel de "babaca" imputado à Cecília).

A ruptura com o estereótipo não significa que deve haver uma ruptura beligerante com as pessoas da mãe, pai, etc. Pelo contrário. Trata-se, antes, de uma modificação na qualidade dos relacionamentos, como Cecília demonstrou. Aliás, o presente que ela deu ao seu pai traduz uma reaproximação afetiva com ele, em outras condições e posições.

Outro aspecto da sessão que vale a pena registrar é o que se refere ao desenvolvimento de uma capacidade de empatia. Assim, o fato de Cecília já ter bem elaborado as mesmas vicissitudes conflitivas vividas por Adélia permitiu que ela se colocasse no lugar, e junto desta última.

Orientação Bibliográfica

1. BISKER, J. "Aplicações da Psicologia do Self à Psicoterapia Analítica de Grupo". Em: *Grupoterapia Hoje*. pp. 98-107. 1986.
2. GRIMBERG, L. et al. "Mecanismos de Curación en el Grupo". Em: *Psicoterapía Del Grupo*. pp. 140-166. 1987.
3. MARTINS, R. B. "Contribuições de Freud à psicoterapia de grupo". Em: *Grupoterapia Hoje*. pp. 43-56. 1986.
4. MELLO FILHO, F. "Contribuições da Escola de Winnicott à psicoterapia de grupo". Em: *Grupoterapia Hoje*. pp. 64-97. 1986.
5. NACHER, P. G. y CAMARERO, J. A. L. "El Cambio". Em: *Del diván al circulo*. pp. 157-163. 1985.
6. O'DONNELL, P. "Transformación". Em: *Teoria y Técnica de la psicoterapia grupal*. pp. 190-208. 1984.

7. PY. L. A. "Contribuições de Bion à psicoterapia de Grupo". Em: *Grupoterapia Hoje*. pp. 57-63. 1986.
8. ROMANO, E. "Factores terapeuticos y indices curativos". Em: *El Grupo y Sus Configuraciones*. pp. 169-193. 1991.
9. ZIMMERMANN, D. "Resultados de quinze anos de psicoterapia analítica e grupo". Em: *Estudos Sobre Psicoterapia Analítica de Grupo*. pp. 261-281. 1971.

20

PERFIL E FUNÇÃO DO GRUPOTERAPEUTA

Como vimos, a ação psicoterápica se baseia fundamentalmente na elaboração dos *insights* obtidos através das interpretações do terapeuta. No entanto, a interpretação não é o único fator determinante de mudanças psíquicas. Na verdade, o campo terapêutico é composto por duas coordenadas perpendiculares: o da *interpretação* propriamente dita e o da *atitude* interna da pessoa do terapeuta, sendo que este último vetor cresce de importância na proporção direta do grau de regressividade do paciente ou do grupo.

Sabemos que a formação de um terapeuta, da mesma forma que a de qualquer profissional da área humanística, repousa no indissociado tripé: conhecimentos + habilidades + atitudes.

Os conhecimentos consistem na necessidade de um sólido respaldo teórico-técnico e resultam de um programa de ensino-aprendizagem sistematizado e continuado por uma ininterrupta curiosidade e leitura diversificada.

As habilidades resultam de uma atividade supervisionada, sendo que o aprendizado é extraído tanto dos acertos, como — e principalmente — dos erros, e só é possível a partir da experiência própria de cada um.

As *atitudes* do terapeuta refletem como ele é como gente. Elas resultam da conjunção de uma série de fatores: os aludidos conhecimentos e habilidades, o tipo básico da estrutura da personalidade de cada um, o grau de adiantamento de sua análise pessoal, a sua ideologia e código de valores, além, principalmente, da presença de alguns atributos, nem sempre manifestos, e que por isso fazem lembrar uma reflexão do *Pequeno príncipe*, de Saint-Exupèry: "O essencial é invisível para os olhos".

A importância dessa *atitude*, que provém do interior da pessoa do terapeuta, reside justamente no fato de que ela se constitui em uma forma de comunicação

não verbal, que atinge um nível primitivo da organização do *self* do paciente. Lembra, portanto, o que se passa na interação da mãe com o seu bebê.

Especificamente em relação aos atributos da pessoa de um grupoterapeuta, pode-se dizer que, assim como nem todos os tipos de pacientes têm uma indicação para tratamento em determinados tipos de grupoterapias, da mesma forma nem todos os terapeutas têm indicação para serem grupoterapeutas.

Seguem, abaixo, os principais requisitos que, em termos ideais, são indispensáveis na formação e prática de um grupoterapeuta:

1) **Ele deve gostar de grupos,** e **acreditar nessa modalidade terapêutica.** De preferência, mas não necessariamente, que tenha passado pelas mesmas experiências afetivas que os seus atuais liderados, como, por exemplo, ter sido integrante de um grupo terapêutico, na condição de paciente ou de observador.

2) **Capacidade de ser "continente"** (vem do latim "*continerí*", que quer dizer: *conter*). Este atributo é importante por duas razões. Uma é a de poder conter os inevitáveis momentos de sua ignorância em relação ao que está se passando no campo grupal. A outra razão, já aludida, é a de poder conter as fortes ansiedades provindas de cada um e de todos do grupo e que são depositadas de forma maciça e volumosa dentro da sua pessoa.

É somente a partir desse modelo do terapeuta que seus pacientes poderão adquirir essa função essencial de um ego bem amadurecido: a de que cada indivíduo possa vir a ser continente das angústias, não só das dos demais, mas também e principalmente — das suas próprias.

3) **Capacidade de empatia.** Como comprova a etimologia desta palavra (as raízes gregas são: *em* (dentro *de*) + *pathos* (sofrimento), empatia refere-se ao atributo de o grupoterapeuta poder se colocar no papel de cada paciente e de entrar dentro do "clima" do grupo. Isso é muito diferente de *simpatia* (que se forma a partir do prefixo *sim*, que quer dizer *ao lado de* e não *dentro de*). A empatia está muito conectada à capacidade de poder fazer um aproveitamento útil dos sentimentos contratransferenciais, e, para tanto, é indispensável que o grupoterapeuta tenha condições de distinguir entre os sentimentos que provêm dos pacientes daqueles que são unicamente próprios dele.

4) **Capacidade de intuição.** Este é um atributo que não tem nada de mágico, como muitas vezes se pensa. A própria etimologia (intuir se forma de *in* (dentro) + *tuere* (*olhar*)) esclarece que intuição se refere à capacidade de olhar com um "terceiro olho", aquele que, a partir dos órgãos dos sentidos e do respaldo teórico latente em seu pré-consciente, está captando o não-sensorial que vem do inconsciente dos indivíduos e da *gestal* grupal. É diferente de empatia, pois esta se refere ao plano afetivo, enquanto que a intuição se processa no cognitivo.

5) **Capacidade de discriminação.** No campo grupal, costuma se processar um jogo muito rápido, e cruzado, de identificações, as projetivas principalmente, e que adquirem uma feição caleidoscópica e, se o grupoterapeuta não conseguir discriminá-las, há o risco da instalação de uma confusão nociva e até o de um estado de caos.

6) **Capacidade em manter uma permanente inteireza de seu sentimento de identidade pessoal e de grupoterapeuta.** Este aspecto merece ser realçado pelo fato de que, em grupos, é enorme o volume das pressões internas e externas, no sentido de perverter o *setting* e de tirar o terapeuta de seu papel. Uma outra razão é a de que o grupoterapeuta deve saber fazer cisões, sadias, do seu ego; para poder manter a ligação empática com situações diferentes e simultâneas.

Neste item deve ficar incluído o sério risco de contra-atuações, caso a preservação da identidade venha ficar avariada.

7) **Senso de ética.** Este atributo impõe-se não tanto pelo seu significado convencional, mas, muito mais, pelo que sua etimologia nos ensina. Ética vem de *ethos* que, em grego, quer dizer *território natural*, o que significa que o grupoterapeuta não tem o direito de invadir o espaço autêntico de seus pacientes, impondo-lhes valores e expectativas. Pelo contrário, ele deve propiciar um alargamento do espaço interior e exterior de cada um deles, através da aquisição do direito de ser livre, sem que isso, por sua vez, implique na invasão da liberdade dos outros do grupo. Para tanto, cada um dos pacientes, no curso da grupoterapia, deve passar da sua eventual condição de sujeitador ou de sujeitado para a de ser um SUJEITO, livre e autônomo. É útil lembrarmos que a palavra "autonomia" forma-se a partir de *auto* (próprio) + *nomos* (lei; nome).

Neste contexto, podemos afirmar que uma característica que um grupoterapeuta não pode ter é a de ser excessivamente narcisista, tipo "complexo de Deus". Caso contrário, ele não terá condições de evitar (e até estimulará) a perpetuação da idealização e da dependência, de poder aceitar os outros como sendo diferentes dele nas suas manifestações criativas e de refrear o seu gosto pela liderança, única via que possibilita a sadia formação de novos líderes.

Da mesma forma, há o risco de que o terapeuta utilize o seu saber como um meio prioritário de obter poder, prestígio e dinheiro, e não como um compromisso ético com a busca da verdade. Esse compromisso não deve ser entendido como uma recomendação de que o terapeuta deva ir à caça das verdades absolutas, até porque elas são muito relativas e nunca definitivas. Antes disso, ser "verdadeiro" significa que o grupoterapeuta deva ser uma pessoa autêntica, veraz, não só como um dever ético, mas também como uma imposição técnica, pela razão de que ele está investido no papel de um novo modelo de identificação para os seus pacientes.

8) **Modelo de identificação.** De acordo com o que foi destacado no capítulo precedente, a via de ação terapêutica não é só a da interpretação, mas também a

que emana do profundo, verdadeiro, da pessoa do terapeuta. Por essa razão, deve ficar bem claro para o terapeuta que ele se constitui como um importante modelo para as — necessárias — renovadas identificações dos pacientes. Para que estas se processam adequadamente, o mínimo que se exige é que ele mantenha uma coerência entre o que diz, o que faz e o que, de verdade, é!.

9) **Respeito.** Mais uma vez recorremos à etimologia para mostrar que o atributo de *respeito* tem um significado muito mais profundo do que o usualmente empregado. Respeito vem de *re* (de novo) + *spectore* (olhar), ou seja, é a capacidade de o grupoterapeuta, e, a partir daí, ser desenvolvida em cada um dos pacientes do grupo, voltar a olhar para as pessoas com as quais está em íntima interação, com outros olhos, com outras perspectivas, sem a miopia repetitiva dos rótulos e papéis que, desde criancinhas, foram incutidas nelas.

Tudo isso está baseado no importante fato de que a imagem que uma mãe ou pai (grupoterapeuta) tem dos potenciais dos seus filhos (pacientes) e da família (grupo), se torna parte importante da imagem que cada indivíduo terá de si próprio.

A principal importância do modelo destacado no item anterior é o fato de que somente através do amor às verdades, por mais penosas que estas sejam, é que se torna possível que os pacientes consigam fazer verdadeiras mudanças internas. Ademais, tal atitude do terapeuta é a que vai modelar a formação do indispensável clima de uma leal franqueza entre os membros que compartilham uma grupoterapia.

10) **Capacidade de comunicação.** Além dos aspectos que já foram referidos quando abordamos o "estilo" de como um grupoterapeuta interpreta, é importante ressaltar a necessidade de que ele e os integrantes do grupo estejam falando a mesma linguagem conceitual e se comunicando, valoritivamente, em um mesmo comprimento de onda.

Autores que trabalham com grupos de adolescentes, como Castelar([1]), apontam que "... os adolescentes toleram mal todo e qualquer formalismo e que ... a célebre e decantada posição de neutralidade psicanalítica é funesta em psicoterapia com adolescentes".

11) **Senso de humor.** Este atributo implica na capacidade de, sem nunca perder a seriedade da situação, poder atingir uma profundidade na comunicação, através de exclamações, comentários bem humorados, eventuais metáforas, sorrisos e risos quando espontâneos e apropriados, etc. A significação deste atributo tem uma conotação com o que Winnicott define como sendo a importante capacidade de "saber brincar".

12) **Capacidade em extrair o denominador comum da tensão do grupo.** Em meio a tantas comunicações, aparentemente totalmente diferentes entre si, é indispensável que o grupoterapeuta saiba detectar qual é a necessidade básica,

ou fantasia inconsciente, ou ansiedade, ou mau uso de alguma importante função do ego, que está emergindo como sendo comum a todos, em um determinado momento do campo grupal. Este emergente vai se formando através de uma lenta elaboração no interior do grupoterapeuta, ao longo da sessão até que, amadurecida, sirva como um fio condutor para a interpretação.

13) **Capacidade de síntese.** Consideramos útil que o grupoterapeuta, quando se aproxima o término da sessão, faça uma síntese não prolixa nem pedagógica dos principais movimentos que nela ocorreram, com o sentido de integrar os aspectos que apareceram dissociados e projetados, assim como o de construir uma uniformidade de comunicação e uma continuidade de coesão grupal.

Procuramos dar um respaldo etimológico aos termos conceituadores dos atributos acima enumerados, pela razão de que a etimologia se constitui em uma importante via de acesso aos genuínos — e profundos — sentimentos individuais e coletivos, que, desde a sua origem estão significados e embutidos no simbolismo das palavras.

Uma leitura atenta dos diversos exemplos que foram utilizados em outros capítulos pode servir como um meio de reconhecer, tanto de uma forma positiva, como negativa, muitos dos atributos que, aqui, foram destacados.

Orientação Bibliográfica

1. CASTELLAR, C. "Grupoterapia com Adolescentes". Em: *Grupo sobre Grupo.*
2. FERNANDES, J. W. "O Terapeuta, o Narcisismo e o Grupo". Em: *Revista da ABPAG.* nº 1. Vol. 1, pp. 59-65. 1989.
3. GROTJAHN, M. "Perfil do Terapeuta de Grupo". Em: *A arte e a técnica de terapia analítica de grupo.* pp. 201-233. 1977.
4. MARTINS, C. "La relación médico-paciente en la situación de grupo". Em: *El Grupo Psicológico.* pp. 23-30. 1959.
5. MELLO FILHO, J. "A contribuição de Winnicott à psicoterapia de grupo". Em: *Grupoterapia Hoje.* pp. 64-97. 1986.
6. O'DONNELL, P. "Psicoterapeuta". Em: *Teoria y Técnica de la Psicoterapia grupal.* pp. 151-189. 1984.
7. RIBEIRO, J. P. "O Psicoterapeuta". Em: *Psicoterapia Grupo-analítica.* pp. 146-164. 1981.
8. ZIMERMAN, D. E. "Atributos do psicanalista em relação à evolução da psicanálise". Em: *Revista IDE.* São Paulo. nº 20. pp. 18-23. 1991.

Quarta Parte

OUTRAS GRUPOTERAPIAS

21

GRUPOS COM CRIANÇAS, PÚBERES, ADOLESCENTES, CASAIS, FAMÍLIAS, PSICOSSOMÁTICOS, PSICÓTICOS, DEPRESSIVOS

De acordo com a proposição inicial deste livro, os capítulos precedentes que abordaram as considerações sobre o reconhecimento e o manejo dos fenômenos que surgem do campo grupal ficaram praticamente restritos ao que acontece na grupoterapia analítica.

No entanto, não é demais repisar, os mesmos acontecimentos — a formação do grupo, a instituição de um *setting*, a tipicidade do campo grupal, com todo o cortejo de fantasias, ansiedades, defesas e identificações, o inevitável surgimento de resistências e da contra-resistência, de transferências e da contratransferência, a distribuição de papéis, a função de liderança, o surgimento de *actings*, a atividade interpretativa, o *insight* e elaboração, a importância da pessoa do coordenador, etc., ocorrem em todo e qualquer grupo formado para a execução de uma tarefa em comum.

O que vai distinguir um grupo de outro é: 1) a finalidade para a qual um determinado grupo foi selecionado e composto. 2) o conseqüente tipo, grau e nível do manejo técnico; logo, da habilitação do coordenador.

Assim, tudo o que de essencial foi dito acerca da grupoterapia analítica vale, em linha gerais, para todo o imenso leque de aplicações práticas, no sentido de aproveitamento da inequívoca potencialidade que é inerente aos grupos.

O presente capítulo, seguindo a classificação antes proposta, não visa mais do que traçar uma visão panorâmica da existência de outros grupos terapêuticos que estão sendo muito utilizados na atualidade, e que não são os psicoterápicos analíticos propriamente ditos.

GRUPOS DE AUTO-AJUDA

Pode haver alguma confusão semântica entre "grupo de auto-ajuda" e "grupo homogêneo". O ponto de partida diferencial consiste em que todo grupo de auto-ajuda é sempre homogêneo, mas nem todo o grupo homogêneo é de auto-ajuda. Em outras palavras, os grupos típicos homogêneos — como, por exemplo, um constituído somente por psicóticos, ou *borderline*, psicopatas, obesos, psicossomáticos, crianças, adolescentes, etc. funcionam sob a permanente coordenação do(s) grupoterapeuta(s). Por sua vez, os grupos de auto-ajuda — como são, por exemplo, os incontáveis grupos formados em muitas áreas da atividade humana, especialmente na da Medicina (pacientes reumáticos, diabéticos, hipertensos, colosmotizados, cardiopatas, terminais, etc, etc) costumam operar sob a liderança de pessoas pertencentes à mesma categoria diagnóstica dos demais integrantes e que passaram, ou estão passando, pelas mesmas dificuldades e experiências afetivas destes.

O melhor protótipo de seu funcionamento é o do modelo dos "Alcoolistas Anônimos".

Estes grupos de auto-ajuda podem se formar espontaneamente ou a partir do incentivo de algum técnico, em cujo caso sua liderança será transitória ou eventual.

Habitualmente, um grupo de auto-ajuda funciona de forma autônoma, sem a liderança formal de algum técnico especializado, sendo de considerar, no entanto, que, quase sempre, a formação de um desses grupos teve o incentivo de algum técnico interessado. Ademais, esse técnico incentivador (psiquiatra, médico generalista, psicólogo, assistente social, enfermeiros, estagiários, etc.) pode continuar dando um respaldo ao grupo, tanto através de uma continuada presença e participação não muito diretiva, como de uma forma em que ele não participa dos encontros, mas mantém uma permanente atitude de disponibilidade.

O mecanismo de ação terapêutica dos grupos de auto-ajuda decorrem dos seguintes fatores:

- Há um melhor entendimento e aceitação por parte dos integrantes do grupo quando este for homogêneo, pela razão de se utilizarem de uma mesma linguagem e partilharem as mesmas vivências. Isso costuma propiciar, a curto prazo, uma necessária "adesão" ao tratamento, por parte de pessoas que habitualmente fogem dele, como são, por exemplo, os hipertensos.
- Possibilita que as pessoas doentes aceitem e assumam a sua deficiência, de forma menos conflituosa e humilhante.
- Proporciona um maior envolvimento comunitário, interativo.
- Possibilita novos modelos de identificação.
- Representa um estímulo à socialização.
- Comporta-se como um importante teste de confronto com a realidade.

— Exerce uma função de continente, isto é a de conter e absorver as angústias e dúvidas.
— Propicia um estímulo às capacidades positivas.
— Representa um reasseguramento aos integrantes de que eles não estão sozinhos, não são seres bizarros, que são respeitados em suas limitações e que as mesmas não excluem uma boa qualidade de vida, apesar de suas limitações.

Por todas essas razões, tal atividade grupal está se constituindo em uma excelente indicação para pacientes muito prejudicados socialmente.

GRUPOS COM CRIANÇAS

A instituição de um *setting* apropriado para uma grupoterapia com crianças é de fundamental importância. Deve haver uma estrita obediência aos critérios de homogeneidade quanto aos limites da faixa etária e ao tipo de patologia das crianças selecionadas (psicóticas ou não psicóticas, por exemplo).

Este tipo de grupo costuma exigir, sobretudo no caso de crianças mais regressivas, a participação de dois ou mais técnicos, tal é a possibilidade de que haja um grande desgaste do terapeuta, o qual, não raramente, deve exercer uma função de contenção física.

O principal canal de comunicação das crianças em um grupo é através de uma linguagem motora e lúdica. Por essa razão, o *setting* deve contar com material que propicie o uso de jogos, brinquedos e brincadeiras; assim como é natural que haja contatos físicos entre eles, inclusive o decorrente do uso do recurso da contenção física, antes aludida.

A função do "*holding*" e de empatia por parte do grupoterapeuta é condição *sine qua non*, sendo que uma das razões de uma possível contra-resistência prejudicial reside no fato de que as manifestações das crianças surgem em um estado mais bruto que as dos adultos e, portanto, são mais ameaçadoras para o controle das repressões do inconsciente do grupoterapeuta.

Por outro lado, é indispensável que haja um acompanhamento paralelo dos pais das crianças, de preferência em grupo. Aliás, um aspecto interessante é o fato de que a estrutura do grupo dos pais, em sua essência, não difere da dos filhos. É igualmente relevante que a transferência feita pelos pais, em relação ao grupoterapeuta, é tão importante quanto a que é feita pelas crianças.

GRUPO COM PRÉ-ADOLESCENTES (PÚBERES)

Estes são grupos difíceis de serem mantidos, especialmente devido à rotatividade dos pacientes ser muito grande. Uma segunda dificuldade se deve ao fato de que a intensa atividade motora (jogos, brincadeiras, empurrões, etc.) substitui

a comunicação verbal dos problemas e conflitos, assim como determina uma precária atenção para as interpretações. Ademais, há, ainda, a dificuldade resultante do fato de que entram em tratamento compelidos pelos pais, sem que eles próprios tenham definido uma motivação suficiente.

Por outro lado, é muito relevante a presença de ansiedades relacionadas ao corpo, as quais decorrem das próprias mudanças anatômicas e fisiológicas.

O enquadre deve prover a utilização de uma caixa com material para desenhos, um quadro negro e jogos coletivos. É viável que o terapeuta utilize, em certos momentos, os recursos da dramatização, assim como é perfeitamente adequado que, por vezes, a sua atividade interpretativa, que deve ser ativa, tenha um cunho pedagógico esclarecedor.

A co-terapia, de preferência com grupoterapeutas de sexos opostos, é a melhor forma de trabalhar com grupos de pré-adolescentes.

GRUPO COM ADOLESCENTES

De um modo geral, os autores que se dedicam ao tratamento de adolescentes [4,15] recomendam o grupo como a terapia de escolha pelas seguintes razões:

a) Os adolescentes têm uma tendência natural para se agruparem.
b) Eles toleram melhor um enquadre grupal, mais diluído, do que uma situação individual na qual os inquietantes sentimentos transferenciais estão mais concentrados e, portanto, são sentidos como mais ameaçadores.
c) Há um favorecimento na estruturação do sentimento de identidade, individual e grupal.
d) O grupo propicia uma melhor elaboração, em conjunto, das inevitáveis perdas (e ganhos) físicas, psíquicas e sociais, assim como uma transição de valores que são comuns a todos.

Há uma variação técnica em relação à faixa etária dos adolescentes em grupoterapia. No caso dos adolescentes propriamente ditos, que compreende a idade entre 15 e 17 anos, o enquadre e o manejo técnico se aproximam muito mais daquela que é utilizada com o grupo de pré-adolescentes. Quanto aos adolescentes "tardios", cuja idade medeia entre os 18 e 21 anos, a técnica é praticamente igual à empregada em grupos com adultos. Há, portanto, nesses casos uma valorização da comunicação verbal, mas ainda persiste em grande escala a linguagem corporal e se incrementa a linguagem dos *actings*, como, por exemplo, um oculto namoro entre membros do mesmo grupo. Outro *acting* freqüente é o uso experimental de drogas, sendo este aspecto particularmente importante devido à interferência da família.

O grupoterapeuta de adolescentes deve ter uma natural empatia com os mesmos, deve ter uma boa tolerância às contestações que, muitas vezes, assumem uma aparência muito agressiva, deve tolerar e descodificar a comunicação

não verbal dos *actings* e é recomendável que ele saiba, eventualmente, utilizar o recurso da psicodramatização.

Da mesma forma que ocorre com o grupo de crianças e de púberes, também o trabalho clínico com o grupo de adolescentes estabelece três possibilidades. Uma consiste em desfazer a ação ansiogênica das fantasias inconscientes, através das interpretações. A outra consiste em propiciar uma livre manifestação dos sentimentos e ações, com a ressalva, é claro, de que elas serão bem contidas pelo terapeuta, que não sucumbirá, nem revidará. A terceira possibilidade é a de que o grupo propicie uma socialização entre os jovens pacientes, com uma liberdade para o exercício da criatividade, tanto no plano do imaginário, como o do simbólico; assim como o da transição entre estes dois planos.

Este último aspecto é válido especialmente para as crianças e pode-se dizer que ele corresponde aos "fenômenos transicionais" estudados por Winnicott.

TERAPIA DE CASAL

Um ponto de controvérsia entre os grupoterapeutas é o seguinte: um casal deve ser considerado como um grupo, de dois? A tendência atual é a de responder afirmativamente, por duas razões. A primeira é de que os fenômenos típicos que instituem a dinâmica de um campo grupal estão presentes neste singular grupo-casal. A segunda razão é que, além do casal, os demais componentes que compõem a totalidade do grupo também estão na sessão, ora como participantes ativos, apesar de corporalmente ausentes (como os seus filhos, por exemplo), ora como personagens internalizados (por exemplo: um casal pode ter-se formado sobre modelo do ideal do ego dos respectivos pais).

Em nosso meio, é indiscutível, que é cada vez maior o número de casais que procura ajuda através dessa modalidade específica de tratamento, sendo que os motivos mais manifestos são os seguintes: os mal-entendidos na comunicação, desajuste genital, problemas com os filhos e, o mais freqüente de todos, a gradativa deterioração do casamento. Neste último caso, a terapia da crise visa ajudar o casal a se recompor, ou a se separar definitivamente, com menores traumas para todos.

Na atualidade, pelo menos duas razões merecem ser citadas como desencadeantes do desequilíbrio do casamento. Uma é a crescente emancipação da mulher, nem sempre bem entendida pelo cônjuge, e nem por ela mesma... A outra razão é a decorrente do fato de que o êxito da terapia analítica de um dos dois do casal não é acompanhado pelo outro, e isso provoca a ruptura do neurótico equilíbrio anterior.

É preciso se levar em conta que um casal se estrutura com uma reciprocidade de dependência em quatro áreas: a afetiva, a econômica, a sexual e a social. A maior ou menor estabilidade do casal vai depender da qualidade dessa dependência: tanto ela pode ser de natureza adulta, como ela pode se mostrar firme-

mente fixada em etapas muito regressivas (simbióticas, narcisísticas, por exemplo) de desenvolvimento.

Dessa forma, o grupoterapeuta deve conhecer muito bem quais os fatores que unem, ou desunem, os casais, sendo que, de acordo com a lei das combinações, as subestruturas psicológicas de cada um dos cônjuges irá determinar se a configuração do casal será predominantemente normal, ou se de natureza neurótica, perversa, ou até mesmo psicótica.

A manifestação mais comum no campo da terapia de casal é a clara demonstração de que há um sério prejuízo no recíproco entendimento. O uso da palavra deixa de ser a de um vínculo de comunicação para se tornar um instrumento a serviço de projeções agressivas.

Por outro lado, costuma haver uma radicalização de papéis e, no rastro disso, cada um se escuda na sua família de origem e ataca a do outro e, assim, o campo grupal, invisível, fica ampliado.

Por tudo isso, o terapeuta que trata casais deve ter plenas condições de não ficar envolvido na trama das identificações projetivas que se cruzam no ar e tentam arrancá-lo de posição de neutralidade. É uma regra básica a de que o terapeuta de casal não pode se identificar, isto é, tomar partido, com um deles, contra o outro.

A compreensão analítica da dinâmica do casal ajuda muito; contudo, as interpretações não devem ficar centradas nos indivíduos separadamente, mas, sim, na inter-relação, sobretudo nos problemas dos mal-entendidos da comunicação.

É recomendável a utilização eventual do recurso da dramatização, principalmente a que propõe a inversão na representação dos respectivos papéis.

Outro recurso utilizado pelos terapeutas que atendem casais([16]) é o de passar determinados "temas para casa", a serem cumpridos pelo casal e depois trabalhados na sessão.

Varia muito o manejo de determinadas particularidades como, por exemplo, se o atendimento do casal é a curto prazo (o suficiente para a resolução da crise mais aguda) ou se pode ser de duração longa (com a pretensão de um aprofundamento analítico).

Uma outra situação muito comum é quando um dos cônjuges avisa que não terá condições de vir à sessão, ou simplesmente na hora aprazada ele não comparece: o terapeuta deve atender o outro ou não? Em nosso meio há uma inclinação para atender, desde que fique bem claro que não resultarão segredos, e tudo o que for dito nessa sessão será compartilhado com o outro.

É importante considerar, ao iniciar uma terapia de casal, se os cônjuges vêm ao tratamento para encontrar novas formas de relacionamento e, portanto, dispostos a fazerem algumas renúncias e assumir o seu quinhão de responsabilidade; ou se eles vêm para perpetuar um tipo de vínculo que, apesar de patológico, eles, inconscientemente, querem mantê-lo. Sabemos todos o quanto é comum que certos casais não podem viver separados, mas também não podem viver

juntos e, por essa razão, eles se equilibram em conluios inconscientes, sendo mais comuns os de natureza sadomasoquística.

TERAPIA DA FAMÍLIA

A terapia do grupo familiar comporta muitas variações teórico-técnicas provindas, principalmente, das correntes da psicanálise e da teoria geral dos sistemas, sendo que a complexidade aumenta em virtude de que há diferentes linhas de pensamento dentro de cada uma destas duas.

A técnica de terapia da família que parte das concepções psicanalíticas kleinianas([11]) privilegia o entendimento da interiorização das relações inter e intra-familiares que se estruturam de forma complementária, em função das intensas ansiedades primitivas, presentes em cada um e todos. Dessa forma vai se estruturando uma identidade familiar.

Os seguidores dessa linha valorizam, sobretudo, a importância do jogo das identificações projetivas, assim como se a utilização das mesmas está servindo como um meio de comunicação empática, ou para uma finalidade de controle e de intrusão.

O terapeuta deve encarar a família como sendo ao mesmo tempo uma produção coletiva e um aspecto do mundo interno de cada membro em separado.

Em termos práticos, o maior cuidado que o terapeuta de família deve ter é o de não permitir que o tratamento se concentre em um único paciente-emergente e assim fique transformado numa terapia individual feita sob as vistas públicas dos demais familiares.

Do ponto de vista da teoria sistêmica ([12, 21]), a dinâmica da família consiste essencialmente em uma compreensão abrangente entre as várias partes (subsistemas) componentes de uma totalidade maior e interdependente. Dentro do próprio corpo da terapia da família de orientação sistêmica há múltiplas tendências divergentes, mas todas destacam a importância da distribuição dos papéis entre os familiares, especialmente o do "paciente identificado" (o depositário), assim como todos concordam com o fato de que o sistema familiar se comporta como um conjunto integrado, ou seja, qualquer modificação de um elemento do sistema, necessariamente, vai afetar o sistema como um todo.

É comum que haja nas famílias uma compulsão à repetição, de geração a geração, de um mesmo código de valores estratificados e que se constituem nos chamados "mitos familiares": difíceis de serem desfeitos.

Também os terapeutas da linha sistêmica enfatizam o fato de que no atendimento conjunto de um paciente com a sua família deve-se procurar o desmascaramento da farsa de que há um único paciente e uma família vítima e desesperançada.

A tendência atual na terapia da família é a de uma "corrente integradora" entre as concepções psicanalíticas, as sistêmicas e as da teoria comunicacional, assim como a de eventual utilização de técnicas psicodramáticas.

GRUPOTERAPIA COM PACIENTES SOMÁTICOS

Partindo do princípio de que há, sempre, em todo indivíduo, uma interação biopsicossocial, e de que os mecanismos psicossomáticos — através dos sistemas nervoso, endócrino e imunológico — podem exercer um papel definitivo na determinação de muitas enfermidades clínicas, muitos autores [7,9,10] preconizam para esses pacientes, o emprego de uma grupoterapia, homogênea, de base psicanalítica. Além disso, a moderna Escola de Psicanálise da França vem demonstrando que tais pacientes apresentam um sério distúrbio em formar fantasias inconscientes e, portanto, em poder nomear, verbalizar ou, até mesmo, em poder descarregar os conflitos inconscientes através da via motora. A descarga se processa pela via corporal.

Baseado nas premissas acima descritas, Júlio de Mello Filho, em seu trabalho [10] sobre grupoterapia com pacientes somáticos — no qual descreve uma longa e rica experiência, não só com pacientes somatizadores de distúrbios funcionais (esterilidade psicogênica, problemas hipertensivos, digestivos, etc.), como também com pacientes hospitalizados, cirúrgicos, dermatológicos, com doença pulmonar crônica obstrutiva, com hansenianos, com pacientes hemofílicos, etc. — faz uma observação muito interessante e importante. Ele diz que, ao contrário do que ocorre em psicoterapias individuais — em que costuma haver, por parte dos pacientes somatizadores, freqüentes abandonos, interrupções, resistência às mudanças, além de uma procura de uma cura apenas sintomática — no tratamento grupoterápico tais pacientes beneficiam-se muito mais.

Segundo este autor, isto se deve ao fato de que o grupo se constitui como um *holding*-suporte, o qual permite que se crie um espaço muito rico de trocas de vivências, além de servir de estímulo a que os pacientes psicossomáticos possam "perceber e falar dos conflitos até então inconscientes ou vividos como catastróficos e condenados a eterna repressão ou negação. Em decorrência, podem passar a prescindir da linguagem corporal, único meio até então disponível para simbolizar situações ou simplesmente referi-las como sinal de um sofrimento nunca compreendido" (p. 262).

É digno de registro o fato de que, já na década 50, eminentes psicanalistas, como os argentinos A. Garma e I. Luchina, trataram em grupos, respectivamente, a pacientes ulcerosos gastroduodenais[7] e a hipertensos e anginosos[9]. Luchina preconiza — conforme o grau de patologia somática dos pacientes componentes do grupo — o emprego de duas distintas abordagens técnicas: uma, rigorosamente psicanalítica e a outra de natureza psicoterápica de apoio sem o uso de interpretação na transferência.

Na atualidade, em nosso meio, através de variadas modalidades técnicas e táticas, está ocorrendo uma significativa expansão na utilização de grupoterapias para pacientes somatizadores. Assim, além dos grupos de estruturação psicanalítica, e dos, antes referidos, grupos de auto-ajuda, também estão se compondo muitos grupos para tratamento de obesos, com o emprego de técnicas predominantemente comportamentalistas. Da mesma forma, no Hospital Presidente Vargas de Porto Alegre — um hospital materno-infantil — os psiquiatras Geraldine Viçosa e Luís Carlos Coronel estão desenvolvendo um bonito e exitoso trabalho, através da utilização de múltiplos grupos, com técnicas mistas, para o atendimento dos diversos problemas psicossomáticos inerentes às gestantes de risco.

GRUPOS COM PACIENTES DE NÍVEL PSICÓTICO

A expressão "nível psicótico" é, aqui, empregada de forma abrangente para designar tanto a pacientes *borderline* com um razoável grau de adaptação sócio-profissional como, em outro extremo, a pacientes desvalidos, cronicamente psicóticos, e, da mesma forma, ela também é extensiva a estados intermediários, como, por exemplo, pacientes egressos compensados de surtos psicóticos.

A grupoterapia homogênea está se firmando como tratamento de escolha para tais pacientes, sendo que o seu êxito, ou não, depende fundamentalmente de uma apropriada seleção e composição, a qual deve sempre preservar uma homogeneidade em relação ao nível diagnóstico e às capacidades de ego dos integrantes.

São muitas as razões de por que a grupoterapia para pacientes de nível psicótico está ganhando a condição de tratamento preferencial, sendo que as seguintes podem ser destacadas:

1. A ansiedade pode ficar diluída, e é melhor tolerada.
2. Há o desenvolvimento de uma ressocialização, na qual os pacientes cultivam amizades e sentem-se reciprocamente apoiados e respeitados.
3. O próprio grupo funciona como um necessário "continente" que absorve as fantasias, angústias e a confusão existencial de cada um.
4. O tratamento em grupo possibilita a esses pacientes reconhecer com mais facilidade o intenso uso, que, sem exceção, todos eles fazem de identificações projetivas patológicas. A partir desse reconhecimento, começam a se abrir portas para uma melhoria quanto às distorções de percepção em relação ao mundo exterior.

O fato de que a compreensão da dinâmica desses grupos, habitualmente, parta dos conhecimentos das teorias psicanalíticas está longe de dizer que as interpretações devam seguir de forma sistemática o modelo da ortodoxia transferencialista. Pelo contrário, nestes grupos com pacientes muito regressivos deve

haver, por parte do grupoterapeuta, uma expressiva valorização dos fatos exteriores concretos que estão contidos nos relatos que cada um traz do cotidiano de suas vidas. Mais do que a gênese dos profundos conflitos inconscientes, a atividade interpretativa privilegia o reconhecimento dos distúrbios da percepção, do pensamento e da comunicação, assim como o desenvolvimento de um "ego observador" que permite que cada um deles, em particular, passe a observar e a conviver melhor com o seu lado doente.

Para esses pacientes de nível psicótico, o fator terapêutico mais eficaz é o da atitude interna do grupoterapeuta. Deve ficar claro, no entanto, que essa atitude não significa ser "bonzinho", ou indulgente e, muito menos que o terapeuta perca de vista que é fundamental que o *setting* instituído deva manter-se preservado ao máximo.

GRUPO COM PACIENTES DEPRESSIVOS

Conforme o que foi assinalado, uma das recomendações clássicas, no que se refere à formação e composição de um grupo terapêutico, consiste na não-inclusão de pacientes portadores de sintomatologia ou caracterologia marcadamente melancólica. A justificativa dos autores para essa restrição consiste no fato de que os pacientes muito deprimidos têm uma exagerada necessidade de constantes reafirmações, assim como de provas de amor e de atenção. Por essa razão, o seu desempenho no grupo costuma adquirir uma das seguintes três formas nocivas, para a evolução da grupoterapia: ou este paciente funciona como um monopolista crônico ou sente-se marginalizado e alienado dos problemas dos demais ou obstaculiza o progresso do grupo, através de suas constantes queixas e tragédias cotidianas, de natureza e finalidade culpígenas.

Creio que esse ponto de vista continua sendo válido somente para os casos em que um paciente fortemente depressivo for incluído em um grupo heterogêneo, no qual o quadro clínico dos demais participantes estiver bem distante da regressão depressiva daquele. Na atualidade, mercê de uma continuada experiência que vimos adquirindo, especialmente através de exercício de supervisionamento de colegas mais jovens que estão trabalhando com grupos homogêneos, modificamos substancialmente essa posição quanto ao critério de indicação de pacientes depressivos para tratamento em grupoterapia.

Hoje consideramos que a grupoterapia se constitui em uma das indicações prioritárias para o tratamento de indivíduos depressivos, desde que o grupo terapêutico esteja composto exclusivamente com este tipo de pacientes. Da mesma forma é necessário destacar que essa homogeneidade deve ser obedecida em relação ao grau de regressividade da situação depressiva clínica, de cada um dos pacientes.

Baseamos a afirmativa de que a grupoterapia se constitui em um excelente recurso de tratamento para pacientes deprimidos, com a utilização dos seguintes argumentos, que têm o respaldo da confirmação na prática clínica:

1) Na psicodinâmica de um indivíduo depressivo sempre encontramos um círculo vicioso formado pelos sentimentos de carência, agressão, culpa, descrença nas capacidades reparatórias e na necessidade de castigo. Uma grupoterapia propicia o surgimento e o manejo deste vicioso círculo maligno de causa-efeito.
2) O grupo terapêutico, por si só, comporta-se como sendo um novo e indispensável continente das angústias e necessidades básicas de cada um dos pacientes. É claro que para que isso aconteça o grupo deve funcionar como um "bom continente", ou seja, a *gestalt* grupal deve ter condições de acolher as angústias de cada um e de todos, assim como a entidade grupo e as individualidades devem sobreviver aos recíprocos ataques (inveja, ciúmes, rivalidades, mal-entendidos, etc.).
3) Nos primeiros tempos da grupoterapia, essa função de continente é virtualmente exclusiva do grupoterapeuta, o qual deve estar equipado para conter as aludidas pulsões libidinosas e agressivas, com as respectivas ansiedades decorrentes. Além de conter tais aspectos que, dissociados, são projetados dentro dele, o grupoterapeuta deve elaborá-los dentro de si mesmo e, através da atividade interpretativa, devolvê-los em doses mitigadas e devidamente nomeados e desintoxicados da angústia.

   O importante, no entanto, é que essa função do terapeuta se constitua em um modelo de identificação, para que cada um dos pacientes venha desenvolver essa importantíssima função de ser continente, para si próprio e para os demais.
4) Sabemos que, no caso de um paciente depressivo, a sua família original costuma estar introjetada, e representada em seu ego, de uma forma muito dissociada, desvalorizada e ameaçada de uma desintegração. Uma grupoterapia, por sua própria natureza multipessoal, ajuda a reconstruir a família internalizada de cada um dos pacientes.
5) A natural evolução da grupoterapia propicia reiteradas experiências de manifestações agressivas de uns contra os outros (o terapeuta incluído, é óbvio), sem que estes ataques resultem em feridos ou "mortos". Pelo contrário, não há experiência mais estruturante, e comovedora, do que a constatação de que o sentimento de amor prevalece sobre o do ódio, e de que os intentos reparatórios são bem sucedidos.
6) No caso em que os pacientes deprimidos selecionados para a composição de um grupo terapêutico estiverem fazendo um uso simultâneo de medicação antidepressiva, a grupoterapia a ser feita com o mesmo terapeuta que os medica não representa um empecilho para o controle de medicamentos e vice-versa. Pelo contrário, simultaneamente com a aqui-

sição de *insight* dos conflitos genético-dinâmicos, a grupoterapia favorece um desenvolvimento cognitivo da doença depressiva, com a conseqüente assunção e responsabilização, por parte de cada um, quanto à evolução de sua doença.

O tema deste capítulo — outros grupos terapêuticos que não os analíticos propriamente ditos — não se esgota aqui. O destaque que foi dado às modalidades grupoterápicas acima especificadas justifica-se em razão do volume de sua utilização na atualidade, mas está longe de significar que sejam as únicas importantes. Não fora a necessidade de uma adequação aos propósitos limitados deste livro, seria justo estender considerações acerca de alguns outros tipos de grupos homogêneos que estão sendo crescentemente aplicados em nosso meio.

Orientação Bibliográfica

1. BAPTISTA NETO, F., "Grupoterapia em comunidade terapêutica: com adolescentes". Em: *Grupoterapia Hoje*. pp. 325-337.1986.
2. BUSNELLO, E. "Grupos Comunitários". Em: *Grupoterapia Hoje*. pp. 309-319. 1986.
3. CARPILOVSKY, J. C. "Grupoterapia com casais". Em: *Grupoterapia Hoje*. 1986.
4. CASTELLAR, C. "Grupoterapia com adolescentes". Em: *Grupo sobre Grupo*. pp. 87-94. 1987.
5. CERVENY, L. M. O.; OLIVEIRA, N. F. M. "Instituição — ilusão, conhecimento — O Repensor". *Rev. ABPAG*. V. 1, nº 01, p. 50, 1989.
6. CORONEL, L. C. "Psicoterapia de grupo de orientação psicanalítica de duração limitada: experiência de ambulatório em um hospital universitário". Trabalho apresentado no I Encontro Luso-Americano de Psicoterapia Analítica de Grupo. São Paulo, agosto de 1991.
7. GARMA, A. "Psicoterapia de Grupo en ulcerosos gastroduodenales". Em: *Actas del Primer Congreso Latinoamericano de Psicoterapia de Grupo*. Buenos Aires, 1957.
8. LIMA, M., MENEZES, L., OLIVEIRA, V.; PALHA, V. (Relatório da Sociedade de Psicoterapia Analítica de Grupo de Pernambuco). "Grupos de Família". Em: *Temas do 7 Congresso Brasileiro de Psicoterapia Analítica de Grupo*. pp. 25-29. 1988.
9. LUCHINA, I. L. "Experiencia con Grupos Terapeuticos de Cardiovasculares". Em: *El Grupo Psicológico*. pp. 79-85. 1959.
10. MELLO FILHO, J. "Grupoterapia com pacientes somáticos". Em: *Grupoterapia Hoje*. pp. 259-289. 1986.
11. MEYER, L. "Terapia da família: Escola Inglesa". Em: *Grupoterapia Hoje*. pp. 175-191. 1986.
12. NOBRE, L. E. "Terapia Familiar: Uma Visão Sistêmica". Em: *Grupo sobre Grupo*. pp. 115-126. 1987.
13. OLIVEIRA, W. I.; LA PORTA, E. "Grupos de Psicóticos y los Contenidos Psicóticos en la Situación del Grupo". Em: *El Grupo Psicológico*. pp. 113-126. 1959.
14. OSÓRIO, L. C. "Terapia institucional". Em: *Grupoterapia Hoje*. pp. 338-348. 1986.
15. ——— . "Grupoterapia com adolescentes". Em: *Grupoterapia Hoje*. pp. 233-143. 1986.
16. ——— . "Terapia de parejas: em busca de um modelo técnico". Trabalho apresentado na Conferência Internacional sobre Casais em Crise. Roma. 1987.
17. OUTEIRAL, J. O. "Grupoterapia em comunidade terapêutica com crianças". Em: *Grupoterapia Hoje*. pp. 320-324. 1986.
18. PAZ, C. "Psicoterapia del grupo con esquizofrenicos cronicos". Em: *El Grupo Psicológico*. pp. 96-112. 1959.
19. PUGET, J. "Psicoterapia psicoanalítica de la pareja". Em: *El Grupo y Sus Configuraciones*. pp. 203-243. 1991.

20. ROJAS BERMUDEZ, G. "Psicoterapia del grupo en niños y adolescentes". Em: *El Grupo Psicológico*. pp. 165-179. 1959.
21. SIMONELLI, N. "O grupo Familiar. Algumas Considerações Teóricas". Em: *Temas do 7º Congresso Brasileiro de Psicoterapia Analítica de Grupo*. pp. 31-32. 1988.
22. WALDEMAR, J. O e FALCETO, O. "Terapia da família: Escola Norte-Americana". Em: *Grupoterapia Hoje*. pp. 192-202. 1986.
23. ZUKERFIELD, R. *Psicoterapia de la Obesidad*. 1979.

22

GRUPOS OPERATIVOS. GRUPO DE REFLEXÃO APLICADO AO ENSINO MÉDICO

É muito difícil fazer uma delimitação precisa entre grupo operativo e grupo terapêutico pela razão de que eles se tangenciam e, muitas vezes, se imbricam. Assim, todas as modalidades de grupos terapêuticos funcionam de acordo com os princípios gerais dos grupos operativos, enquanto estes, reciprocamente, exercem, indiretamente, uma inequívoca ação terapêutica.

O termo "grupo operativo" é muito genérico, sendo que, em essência, designa mais propriamente uma ideologia do que uma técnica específica. Essa ideologia, *lato sensu*, visa sempre a um aprendizado conectado com uma mudança psicológica (atitudes), especialmente a de aprender a aprender.

Dessa forma, o grupo operativo comporta muitas variações técnicas e táticas e, conseqüentemente, muitas subdenominações; no entanto, pelas razões expostas no Capítulo 6, vamos utilizar o nome de "Grupo de reflexão".

Pela crescente importância que essa técnica vem desempenhando na área do ensino-aprendizagem, e pela razão de comprovar que os fenômenos do campo grupal também se reproduzem em grupos que não têm uma finalidade terapêutica precípua — apesar de, como antes foi dito, ela promover modificações psicológicas — vamos exemplificar, mais detalhadamente, o funcionamento de um grupo de reflexão que durou dois anos e que foi realizado com médicos residentes de um hospital-escola com a finalidade de promover um programa de educação médica continuada (PEC)(5).

EXEMPLO PRÁTICO (Nº 7)

A ilustração que segue refere-se à primeira reunião. Uma semana antes, os médicos foram comunicados de que a "Residência" propiciaria um PEC com vistas à relação médico-paciente e que a participação ao mesmo não era obrigatória.

De um total de 30 residentes, aproximadamente um pouco mais da metade se fazia presente, entre homens e mulheres, todos muito jovens. Além deles, o médico-chefe, diretamente responsável pelo ensino, e eu, como coordenador do grupo de reflexão.

Na hora aprazada, me apresentei e fiz um curto preâmbulo para destacar que a nossa atividade seria a de, em conjunto, refletirmos acerca das inter-relações que o médico tem com o doente, a doença, colegas, familiares do doente, assim como a Medicina em geral, a partir de relatos de quaisquer situações que eles trouxessem, da forma mais livre possível.

Seguiu-se um silêncio, enquanto todos me olhavam expectantes, alguns com canetas e bloco de anotações à mostra. No momento em que me pareceu que davam sinais de inquietação crescente, fiz a primeira observação, assinalando que, justificadamente, estavam algo aturdidos, pois era uma situação nova com a qual não estavam familiarizados e, por isso mesmo, tendiam a se proteger no que já conheciam, isto é, num clima próprio de aula magistral. Sorriram e fez-se a sugestão para que dispuséssemos as cadeiras em círculo, a fim de "aquecer mais", como disse um deles.

Assim foi feito, com algum alarido descontraído, após o que se seguiu um novo silêncio tenso, até que uma residente perguntou que tipo de caso eu preferia que fosse trazido. Repassei a pergunta ao grupo, o qual respondeu, com manifestações tímidas, que eu é que entendia disso e que deveria orientá-los. Fiz minha segunda observação: a de que, num nível lógico eles sabiam, porque havíamos combinado, que qualquer assunto serviria como porta de entrada para as nossas reflexões, mas que, naquele momento, diante de uma situação desconhecida, estavam operando num nível pré-lógico, ou seja, não estavam conseguindo usar a sua plena liberdade. Assim, conferiam-me o papel de "grande" que sabe tudo, enquanto eles ficariam com o papel de "pequenos", precisando pedir permissão e orientação para as suas iniciativas.

A maioria assentia com a cabeça e a mesma residente disse que queria discutir um caso clínico que a embaraçava muito: tratava-se de uma sua paciente, mulher jovem que se queixava de frigidez sexual. A médica não sabia o que fazer, "nem me sentia médica e me vi impelida a dar conselhos e aulinhas". Com pequenos estímulos meus, alguns outros participantes trouxeram situações e angústias semelhantes em outros pacientes seus. A seguir, o grupo manifestou a esperança de que eu tivesse alguma "dica" para solucionar tais casos. Observei-lhes que talvez os decepcionasse, mas eu não tinha dicas mágicas para dar, e até, por outro lado, lhes perguntava se, ao invés de derramar meus conhecimentos (aulinhas), não topariam fazermos uma reflexão conjunta

acerca do que estaria se passando com as referidas pacientes frígidas no fundo da personalidade delas, como um todo.

As colocações e hipóteses que passaram a fazer giraram em torno de possíveis medos de suas pacientes frígidas, tanto os antigos e internos, como os atuais ligados à realidade do risco de gravidez, doenças, aborto; e a não-confiabilidade desses pacientes em relação aos respectivos companheiros.

O trabalho grupal vinha se desenvolvendo em uma atmosfera algo fria e tímida, pois só uma minoria participava verbalmente. Fiz um assinalamento, sob a forma de lhes questionar, se, de certa maneira, não teriam escolhido o enfoque em mulheres frígidas como um modo, não intencional é claro, de me comunicar que também o grupo se sentia frígido em relação à nossa atividade, à nossa "relação", porque, a exemplo dos pacientes, também eles estavam sentido medo e não sabiam se podiam confiar no parceiro: eu.

A resposta não se fez esperar. Sabiam que eu era psicanalista e, como tal, deveria ter uma capacidade de raio X, e assim poder devassar a intimidade de cada um, ou até, como expressou um dos que até então estava silencioso, se o meu propósito oculto não seria o de querer tratá-los. Outros verbalizaram a desconfiança de que eu estivesse a mando da direção para observá-los e depois "dedar" os mais loucos, que então seriam expulsos da Residência. Seguiram-se outras manifestações nessa linha, já agora em um clima acalorado, com o grupo, aos poucos, retomando a vontade de querer entender o que se passava e o que fazer com aquelas pacientes.

Ao término da hora combinada, encerrei o grupo de reflexão com uma observação final: a de que eles poderiam compreender melhor o problema da frigidez se cada um tivesse a capacidade de empatia, isto é, de poder colocar-se dentro da patologia das pacientes. Para tanto, poderiam sentir em si mesmos o quanto também eles haviam começado muito frígidos e, à medida que foram atenuando o medo e a desconfiança, foram deixando aparecer as reais capacidades de uma participação quente.

O exemplo que utilizei pode dar uma equivocada idéia de que a tônica prevalente dessa técnica seria a da interpretação transferencial. Ainda que o objetivo maior seja o de tocar as emoções de cada um, somente recorremos ao clareamento transferencial propriamente dito, e, assim mesmo, ao grupo como um todo, e nunca aos indivíduos isoladamente, quando, como no exemplo acima, as ansiedades pré-tarefa estão intensificadas e tão emergentes que obstaculizariam a tarefa, caso não fossem removidas.

A vinheta que segue de uma posterior reunião desse mesmo grupo de reflexão mostra com mais fidelidade como é o seu processamento habitual.

A atividade começa com um residente propondo que o grupo discuta a atitude que deve ser tomada diante de "pacientes nervosos, que não colaboram e ainda ofendem os médicos". Segue-se, por parte de alguns, o aporte de distintas situações clínicas dessa natureza, até que a atenção de todos fica centralizada no relato de um episódio, ocorrido há pouco, em que uma paciente muito nervosa

estava dando um "show" na enfermaria, somente porque a sua cirurgia — salpingectomia — fora adiada. Ela alegava que já se submetera à tricotomia, que só bem depois do horário previsto para a cirurgia é que lhe deram uma explicação que não a satisfizera (disseram que a cirurgia anterior se prolongara demais e que não havia outra sala. O que não lhe foi dito é que a desorganização provinha de uma briga interna entre a equipe médica) e que ninguém sabia dizer-lhe quando faria a tal cirurgia. No prontuário constava que sempre fora nervosa e que tinha um problema de tireóide. Foi-lhe dada "uma boa chamada", um aumento da dosagem de tranqüilizantes e solicitada uma investigação quanto a uma possível tireotoxicose.

No grupo, após uma troca de pontos de vista, um residente disse que queria trocar "para um assunto completamente diferente", pois não podia deixar de relatar uma situação que o estava indignando. Passou, então, a criticar, de forma acerba, a conduta do professor X que reiteradamente chegava às 9 horas para uma atividade de ensino marcada para as 8. "Ele manda que nós ocupemos a hora inicial para a leitura dos prontuários, com fins de posterior discussão. Isso é embuste dele, é desculpa para poder ficar dormindo mais. Ele nos enrola e quando chega muito tarde ainda toma a iniciativa de nos criticar, antes. E nós, trouxas, temos que acordar cedo, ficar bem quietinhos e ainda ouvir desaforos".

Diferente do que fizera na primeira reunião do grupo acima transcrita, o coordenador não precisou assinalar uma possível mensagem transferencial, porque o clima era de confiança e tampouco sentiu necessidade de remover obstáculos ao livre fluir do trabalho. Preferiu mostrar que o último assunto trazido não era "completamente diferente" dos anteriores; pelo contrário, eram iguais e se completavam . Assim, a justa indignação, diante do professor "enrolador", era a mesma indignação que a da paciente, porque também ela se sentira enrolada, desrespeitada, oprimida e, ainda por cima, indiciada como se fosse a culpada.

O fato de os residentes se colocarem na condição da paciente indignada permitiu que entendessem — e sentissem — o "nervosismo" dela e que valorizassem o quanto é importante respeitar e ser respeitado.

Os exemplos dados acima permitem uma constelação de observações relativas ao campo grupal formado em um grupo de reflexão.

Na primeira ilustração pode-se observar a clivagem dos planos do Consciente X Inconsciente, resistência a uma situação nova, sentimentos de dependência e idealização em relação à figura do líder, simultâneos aos de medo e desconfiança dele; a compreensão da linguagem simbólica e a importância da comunicação verbal; a possibilidade da perda de papéis ("não me senti médica"); o sintoma (frigidez) indissociado do paciente como um todo somato-psíquico-social, etc.

A segunda ilustração permitiu que refletíssemos acerca das diferentes atitudes médicas que são possíveis diante de uma mesma situação clínica. Assim, no caso, prevaleceu o uso da projeção (a paciente foi usada como pantalha do "nervosismo" da equipe médica, da repressão (xingão e aumento da sedação) e a busca de causas orgânicas (investigação da tireóide). O grupo pôde concluir que tudo

isso ocorreu por não ter havido uma empatia com as angústias da paciente (tanto as que são inevitáveis diante de qualquer submetimento cirúrgico, como as angústias que se somaram por se tratar de uma mutilação no trato genital), além do afastamento prolongado de sua casa e de uma possível percepção de que ela estivesse servindo, para a equipe médica, como o marisco entre o choque do mar e do rochedo, etc.

A partir dessas reflexões — não é demais repisar: não intelectualizadas, mas sim pensadas e sentidas em si próprios — os médicos, nesse aprendizado, devem progressivamente aliar os conhecimentos e habilidades que estão adquirindo às atitudes consubstanciadas, especialmente, no desenvolvimento da capacidade de empatia.

Vale citar alguns dos fatores de dinâmica do grupo de reflexão que concorrem para isso. Há uma recomposição do grupo familiar ("pais e irmãos"), o que propicia a que cada um passe a entender e a respeitar mais as dificuldades e inibições dos outros e se fazer respeitar a si próprio. A possibilidade de fazer novas identificações e compartir um novo código de valores. A percepção das cargas projetivas que fazem e que sofrem permite que melhor possam reconhecer-se nos outros, diferenciar-se dos outros e a se colocarem no lugar destes. Há também o desenvolvimento do senso de identidade profissional e de alguns outros atributos que foram enumerados quando descrevemos o perfil do grupoterapeuta.

Orientação Bibliográfica

1. BLEGER, J. "Grupo operativos no ensino". Em: *Temas de psicologia*. pp. 53-82. 1987.
2. DELLAROSSA, A. *Grupos de Reflexión*. 1979.
3. ETCHEGOYEN, H. "Psicoterapia del Grupo en la enseñanza médica". Em: *El Grupo psicológico*. pp. 234-246. 1959.
4. LIBERMAN, D. "El método de indagación operativa y su aplicación al seminario psicosomatico". Em: *El Grupo Psicológico*. pp. 297-309. 1959.
5. ZIMERMAN, D. E. "Técnicas grupais aplicadas ao ensino médico". Em: *Grupoterapia Hoje*. pp. 349-358. 1986.
6. ——— . "Programa de Educação Continuada. Uma experiência pioneira de ensino médico integrado" Em: *Revista AMRIGS*. 24:155. 1980.
7. ZIMMERMANN, D. "Aplicação da Psicoterapia de Grupo ao Ensino da Psiquiatria Dinâmica". Em: *Estudos sobre Psicoterapia Analítica de Grupo*. pp. 299-310. 1971.

23

ESTADO ATUAL DAS GRUPOTERAPIAS

As múltiplas aplicações práticas resultantes do conhecimento e do manejo dos fenômenos que ocorrem em qualquer grupo humano têm sofrido profundas modificações nas últimas décadas.

Seguindo o esquema simplificado de classificação que adotamos em relação à prática com grupos, pode-se dizer que:

1. As atividades grupais concernentes à utilização dos grupos de reflexão na área do ensino têm apresentado algum crescimento, sendo que, a nosso juízo, muito aquém do que poderia e deveria ser.
2. Os grupos terapêuticos, não os de funcionamento estritamente analítico, têm revelado um significativo desenvolvimento e uma progressiva demanda. São exemplos: o emprego de técnicas psicodramáticas, a terapia de casal, a de família, grupos com psicóticos egressos, diversos tipos de grupos homogêneos, sobretudo os de auto-ajuda. Especialmente estes últimos vêm revelando, nesta última década, expansão e aproveitamento notáveis, sobretudo em infindáveis aplicações na área da Medicina.
3. Em relação à psicoterapia analítica de grupo propriamente dita, não se observa o mesmo crescimento que o descrito nos grupos anteriores. Pelo contrário, após o início de sua aplicação na década de 50 e o vigoroso florescimento na de 60, as décadas 70 e 80 foram marcadas por um progressivo declínio.

A década 90 se inicia com uma mesma pergunta que há bastante tempo todos se fazem: por que, num país como o nosso, em que há uma escassez de técnicas e em que há uma imensa fatia da população, de prevalência jovem, que

poderia se beneficiar com tratamento de base analítica, mas que a ele não tem acesso econômico, não prospera a grupoterapia analítica, apesar de ela ter-se mostrado comprovadamente eficiente? (Deve ficar bem claro que tomamos o vetor do recurso econômico apenas para reforçar uma situação extrema, embora longe de significar que a indicação para um tratamento em grupoterapia analítica siga basicamente tal critério).

Em todos os congressos que reúnem grupoterapeutas, há sempre um espaço no qual se tenta responder a esta inquietante questão, e se procura levantar soluções, mas a situação continua inalterada.

Tentaremos sintetizar algumas das principais causas, tanto as explícitas como as implícitas, que têm sido apontadas como as responsáveis pelo declínio das grupoterapias analíticas.

1. O pronunciamento da Associação Psicanalítica Internacional (IPA) contra o reconhecimento de *status* de uma "verdadeira análise" quando o tratamento é realizado em moldes grupais. Isso determinou entre os psicanalistas, até então os únicos técnicos autorizados à prática da grupoterapia analítica, a formação de sentimentos de transgressão, com as conseqüentes culpas e uma retração dessa atividade. De modo geral, esse aspecto se evidenciou em todos os centros do mundo.

2. Essa situação agravou-se em nosso meio, como de resto em toda a América Latina, pelo fato de que ocorreu uma renúncia à grupoanálise (parece que pela razão política contida no item anterior) por parte dos psicanalistas argentinos Grimberg, Rodrigué e M. Langer, importantes modelos de identificação e autores do livro *Psicoterapia analítica de grupo*, verdadeira bíblia para mais de uma geração de grupoterapeutas, os quais, por isso, se sentiram à deriva e relegados a uma orfandade.

3. Começou a ocorrer uma grande abertura para a prática da psicoterapia analítica individual, por parte de psiquiatras e psicólogos, não psicanalistas, com a conseqüente diminuição na demanda pela busca de tratamento grupal. A isso se soma um aspecto cultural típico da classe média: a de que um tratamento individualizado confere um *status* de valorização social, enquanto o coletivo inspira o contrário.

4. A maior oposição ao método grupoterápico partiu justamente das instituições psicanalíticas oficiais e de muitos de seus membros, psicanalistas, que, mesmo sem nunca terem passado por uma experiência de tratamento grupal, nem nunca a terem praticado, e sequer conhecerem os seus fundamentos, passaram a desprezar manifestamente o novo método da terapia analítica, rotulando-a de forma depreciativa e pejorativa. Uma das razões para esse tipo de atitude deve ser a tendência inconsciente que o ser humano tem em destruir aquilo que,

por ser desconhecido e estar fora de seu controle, é sentido como sendo uma ameaça à sua auto-estima e identidade profissional.

5. Além dessas causas de procedência exterior, é preciso considerar as interiores, aquelas que se originam no próprio seio dos grupoterapeutas e que, a nosso juízo, são as maiores responsáveis pelo declínio da demanda e da prática da grupoterapia analítica. Seguem algumas dessas causas:

— A falta de uma emancipação dos grupoterapeutas, muito mais de natureza interna do que externa, em relação à *mater* psicanálise clássica. Dessa forma, é preciso reconhecer que a grupoterapia ainda não se constituiu como um sólido edifício teórico-técnico, específico e coerente e, como decorrência, ainda não adquiriu uma identidade própria.

— Apesar dos comprovados resultados de natureza analítica propriamente dita, ou seja, de significativas mudanças caracterológicas nos indivíduos que se tratam ou se trataram em grupos, disseminou-se publicamente uma imagem de grupoterapia analítica como sendo o de uma análise de segunda ou terceira categoria, ou ainda, como sendo uma "análise para pobres".

Os próprios grupoterapeutas, mercê de uma possível atitude interna sua, calcada nessa equivocada concepção e, principalmente, em sua forma e critérios de proceder à indicação e ao encaminhamento para um tratamento em grupo, podem ser os maiores responsáveis por este estado de coisas. O maior preço que eles pagam é o de trabalhar com uma sensação de vergonha e de culpa, enquanto que os pacientes encontram nessa desvalorização do conceito qualitativo da grupoterapia um reforço para o seu sentimento de carência e desvalia. A aspiração máxima passa a ser a de um dia poder vir a fazer a tão valorizada e decantada análise individual.

— Erros de seleção e composição do grupo. Não é raro que a admissão de pacientes para um tratamento grupal se processe de uma forma indiscriminada e inadequada, mais em obediência às necessidades pessoais do grupoterapeuta, as quais, mais vezes do que se pensa, não passam de uma mera ganância econômica.

Uma séria conseqüência decorrente de uma má seleção de pacientes para grupoterapia é a possibilidade de que muitos destes sejam propensos à prática de múltiplos *actings*.

— É inegável a ocorrência de *actings* públicos, às vezes de natureza grave, sendo que o mais comum deles é o da quebra de sigilo. Tais atuações, além de minarem a estrutura do próprio grupo, alcançam uma péssima repercussão junto ao grande público, desmoralizando e abalando, de forma irreversível, o crédito e a confiança que a grupoterapia analítica, quando seriamente aplicada, deve merecer.

— Um manejo técnico inadequado. Além das falhas de seleção, acima apontadas, também uma falta de compreensão, por parte do grupoterapeuta, do fluxo e refluxo das ansiedades emergentes, dificulta uma integração das partes dissociadas do grupo e isso representa um convite ao *acting*. Outro ponto a considerar é se a técnica interpretativa centrada sistemática e exclusivamente na transferência do "todo grupal", e muitas vezes de forma intelectualizada, não despersonaliza os indivíduos, com o decorrente prejuízo na formação da identidade individual de cada um, propiciando dessa forma o risco da promiscuidade do grupo e se configurado, aí sim, como uma falsa análise.

— Por outro lado, uma falta de uniformidade de um corpo teórico próprio, e as excessivas variações de manejos técnicos, podem provocar um clima de certa confusão, tanto entre o público usuário, como entre os próprios terapeutas de grupos analíticos.

De qualquer forma, não bastam os esforços dos dirigentes e a promoção de Jornadas e Congressos científicos, onde este assunto costuma ser acaloradamente discutido. É necessário que, de forma continuada, os grupoterapeutas reflitam profundamente, de preferência em grupos de reflexão, sobre o motivo pelo qual tudo isso está acontecendo, quais os problemas que estão ligados às instituições de ensino de grupoterapia e se há uma verdadeira disposição em fazer mudanças, para só então partir para caminhos que apontem para soluções concretas de recuperar o prestígio e ampliar o raio de alcance deste importante método de tratamento.

Orientação Bibliográfica

1. MARÉ, P. B. *Perspectivas em Psicoterapia de Grupo*. 1974.
2. SPITZ, H. "Contemporay Trends in Group Psychotherapy: A Literature Survey". Em: *Hospital and Community Psychiatry*. Vol. 35, nº 2. pp. 132-142. 1984.

ÍNDICE BIBLIOGRÁFICO GERAL

ANZIEU, D. *El Grupo y el inconsciente.* Madrid, Ed. Biblioteca Nueva, 1978.
BACH, G. R. *Psicoterapia intensiva de grupos.* Buenos Aires, Ed. Hormé, 1975.
BAREMBLIT, G. *Grupos. Teoria e Técnica.* Rio de Janeiro, Ed. Graal. 1982.
BION, W. R. *Experiencias en grupos.* Buenos Aires, Ed. Paidós, 1963.
——— . Volviendo a pensar. Buenos Aires, Ed. Paidós, 1985.
BLEGER, J. *Temas de Psicologia. Entrevistas e Grupos.* São Paulo, Ed. Martins Fontes, 1987.
BLEICHMAR, N. e BLEICHMAR, C. L. *A Psicanálise depois de Freud.* Artes Médicas. 1992.
CABERNITE, L.; DUTRA, AL; SCHNEIDER, G.; BARATA, A. *O Grupo terapêutico e a psicanálise.* Rio de Janeiro, Ed. Imago, 1974.
DELLAROSSA, A. *Grupos de Reflexión.* Buenos Aires, Ed. Paidós, 1979.
ETCHEGOYEN, H. *Fundamentos de Técnica Psicanalitica.* Porto Alegre, Ed. Artes Médicas, 1987.
FENICHEL, O. *Problemas de la Teoria Psicoanalitica de las neurosis.* Buenos Aires. Paidós. 1970.
FOULKES, S. H. y ANTHONY, E. J. *Psicoterapia Psicoanalitica de Grupos.* Buenos Aires, Ed. Paidós, 1964.
FREUD, S. *Obras Completas.* Edição Standard Brasileira. 1972.
GRIMBERG, L.; LANGER, M.; RODRIGUE, E. *Psicoterapia Del Grupo.* Buenos Aires, Ed. Paidós, 1957.
——— . *El Grupo Psicológico. En la Terapeutica, Enseñanza e Investigación.* Buenos Aires, Ed. Nova, 1959.
GROTJAHN, M. *A arte e a técnica de Terapia Analitica de Grupo.* Rio de Janeiro, Ed. Imago, 1977.
JEAMMET, P. e outros. *Manual de Psicologia Médica.* Rio de Janeiro. Ed. Durban. 1989.
KAES, R. EL aparato psiquico grupal. Barcelona, Ed. Granica, 1987.
KERNBERG, O. *O Mundo Interior e Realidade Exterior.* Rio de Janeiro, Imago, 1989.
KLEIN, M. e outros. *Nuevas Direcciones en Psicoanalisis.* Buenos Aires, Ed. Paidós, 1965.
KOHUT, H. *Análises do Self.* Rio de Janeiro, Ed. Imago, 1988.
KUIPER, P. C. *Teoria Psicoanalitica De La Neurosis.* Editorial Herber. Barcelona. 1978.
LACAN, J. *Las formaciones del inconsciente.* Buenos Aires, Ed. Nueva Visión, 1970.
LAPLANCHE, J. e PONTALIS, J. B. *Vocabulário de Psicanálise.* Santos. Livraria Martim Fontes. 1970.
LEWIN, K. *Problemas de Dinâmica de Grupo.* São Paulo, Ed. Cultrix, s. d.
LIBERMAN, D. *Comunicación y Psicoanalisis.* Buenos Aires, Ed. Altex, 1976.
MAHLER, M. e outros. *O nascimento psicológico da criança.* Rio de Janeiro, Ed. Zahar, 1975.
MAILHIOT, G. B. *Dinâmica e Gêneses dos Grupos.* São Paulo, Livraria Duas Cidades, 1977.
MARÉ, P. B. *Perspectivas em Psicoterapia de Grupo.* Rio de Janeiro, Ed. Imago, 1974.

MELLO Fº, J. *O Ser e o Viver.* Uma visão da obra de Winnicott. Porto Alegre, Ed. Artes Médicas. 1989.
MILLER DE PAIVA, L. *Psicanálise de Grupo.* Rio de Janeiro, Ed. Imago, 1991.
MORENO, J. L. *Psicodrama.* São Paulo, Ed. Cultrix, 1978.
MORESCO, M. B. *Grupo o Psicoanalisis?* Buenos Aires, Ed. Nueva Vision, 1988.
NACHER, P. G. y CAMARERO, L. *Del diván al circulo.* Madrid, Tecnipublicaciones, 1985.
ODONELL, PACHO. *Teoría y técnica de la psicoterapia grupal.* Buenos Aires, Ed. Amorrortu, 1984.
OSÓRIO, L. C. e Colaboradores. *Grupoterapia Hoje.* Porto Alegre, Ed. Artes Médicas, 1986.
PALACIOS, A. *Técnicas de grupos en psicoanalisis.* México. La Prensa Mexicana, 1975.
PIAGET, J. *Seis estudos de Psicologia.* Rio de Janeiro, Ed. Forense Universitária, 1964.
PALACIOS, A. *Técnicas de grupos en psicoanalisis.* Mexico. La Prensa Mexicana, 1975.
PICHON-RIVIÈRE, E. *El processo grupal del psicoanalisis a la psicología social.* Buenos Aires, Ed. Nueva Vision, 1977.
PUGET, J.; BERNARD, M.; CHAVES, G.; ROMANO, E. El Grupo y Sus Configuraciones. *Terapia psicanalítica.* Buenos Aires, Lugar Editorial, 1991.
PY, L. A., CÂMARA, M.; NOBRE, L. E.; MASCARENHAS, E.; CASTELLAR, C.; PELLEGRINO, H.; FREITAS, L. A.; SANTOS, O.; ROCHA, L.; *Grupo sobre Grupo.* Rio de Janeiro, Ed. Rocco, 1987.
RACKER, H. *Estudios sobre técnica psicanalítica.* Buenos Aires, Ed. Paidós, 1960.
RIBEIRO, J. P. *Psicoterapia Grupo-Analítica. Abordagem Foulkiana.* Petrópolis, Ed. Vozes, 1981.
SARTRE, J. P. *Crítica da razão dialética.* Paris, Ed. Gallimard. 1960.
STEIN, G. *Psicoanalisis Compartido.* Buenos Aires, Colección Interinc, 1991.
THOMA, H. y KACHELE, H. Teoria y Práctica del Psicoanalisis. Barcelona, Ed. Helder, 1989.
VINAGRADOV, S. y YALOM, I. D. *Group Psychotherapy.* California, American Psychiatric Press Inc. 1989.
WINNICOTT, D. *Da Pediatria à Psicanálise.* Rio de Janeiro, Livraria Franscisco Alves, 1978.
ZIMMERMANN, D. *Estudos sobre Psicoterapia Analítica de Grupo.* São Paulo, Ed. Mestre Jou, 1971.
ZUCKERFIELD, R.*Psicoterapia de la Obesidad.* Buenos Aires, Ed. Letra Viva, B. A. 1979.

ÍNDICE REMISSIVO

Abandonador compulsivo, 67
Abstinência (regra de), 96
Acasalamento (S. B.), 90
Acting, 18, 107, 133, 136, 158, 175
Adicções, 39
Adolescentes (grupo com), 158
Agressão, 112, 165
Agressividade, 116
Agrupamento, 52, 67
Alcoolistas Anônimos, 46, 56, 156
Amor à verdade (regra de), 97, 151
Anal (fase), 13
Angústia (neurose de), 31
Aniquilamento (ansiedade), 15
Ansiedade, 15, 94
Anzieu, D., 40, 103, 136
Atitude interna, 148, 164
Atividade interpretativa, 126, 165
Atmosfera grupal, 94
Atributos (do grupoterapeuta), 148
Atuador pelos demais (papel), 87, 134
Auto-ajuda, 57, 60, 156, 173
Autocrítica (liderança), 90

Bach, 103
Bahia, A. B., 49
Balint (grupos), 58
Batista Neto, Francisco, 59
Behaviorista (corrente), 62
Benefício terapêutico, 142
Bion, W. R., 18, 37, 53, 89, 112, 120, 122, 143, 144, 148
Blay Neto, B., 49
Bleger, J., 59, 119
Bode expiatório (papel), 86
Borderline, 68, 156, 163

Campo grupal, 53, 79, 83
Canal (de comunicação), 121
Caráter, 30
Castellar, C., 66, 158
Castração (ansiedade), 16
Classificação (dos grupos), 57
Co-terapia, 158
Cognitivo-Comportamental, 47, 57, 62, 163
Composição (do grupo), 67, 175
Compulsão à repetição, 13
Comunicação, 119, 131, 151
Comunitário (grupo), 59
Conhecimento (função), 18, 143
Conluios, 107, 110, 115
Continente, 75, 85, 97, 110, 149, 163, 165
Contra-identificação, 110
Contra-indicações (para grupo), 66
Contra-resistência, 106
Contratransferência, 75, 103, 114, 117, 121, 131, 137
Conversão, 32
Coronel, Luis Carlos, 163

Contra-atuação, 136
Crianças (grupo com), 157
Culpa, 102, 165
Cura, 95, 141

Defesas (mecanismos de), 16, 81
Dellarossa, A., 58
Denominador comum da tensão grupal, 125, 128, 151
Dependência (S. B.), 89
Depositário (papel), 58, 134
Depressão, 36
Depressivos (grupo com), 67, 164
Discriminação (capacidade de), 18, 144, 150
Dissociação, 17, 74
Dissociativa (histeria), 32
Distúrbios de conduta, 38
Doença afetiva, 38
Dramatização, 159, 160

Édipo, 14
Ego, 10, 16, 26, 62
Elaboração, 140
Empatia, 81, 95, 118, 146, 149, 170
Encaminhamento (de pacientes), 64
Engolfamento (ansiedade), 15
Enquadre (*setting*), 52, 73, 92, 102, 141, 157
Ensino médico, 168
Ensino-aprendizagem (ensino de), 58
Equação médica, 168
Equação simbólica, 20
Espaço transicional, 49
Espelhamento, 13
Espelho (em psicodrama), 61
Esquizofrenia, 38
Estilos de interpretação, 128
Etapas evolutivas, 12, 89
Ética (atributo de), 150
Exemplos clínicos, 70, 84, 98, 108, 112, 116, 136, 145, 161
Extransferência, 111, 130

Fálica (fase), 13
Falso *self*, 22, 34, 90
Família (terapia de), 161
Familiar (grupo), 12, 24
Fernandes, Waldemar José, 123
Fixação, 13, 35
Fobia, 33, 80
Formação (de um grupo), 65
Foulkes, S. H., 49, 83, 111
Freud, S., 10, 14, 88, 94, 142
Frustrações, 134
Função psicanalítica da personalidade, 144
Funções (da mente), 11, 18
Furor interpretandi, 127

Garma, A., 162
Gênero (sexual), 14
Gestalt, 47, 165
Grimberg, L., 174
Grupo (conceito de), 51
  aberto, 93, 97
  de trabalho, 53
  familiar, 13, 24
  fechado, 93
  heterogêneo, 68, 69, 93
  homogêneo, 68, 93, 156, 163
Grupoterapeuta (atitude interna), 148, 175
  narcisismo do, 150
  perfil, 148
Grupoterapias (estado atual das), 173
Guedes, Fernando, 2
Guedes, Paulo, 49

Hipocondria, 40
Histeria (neurose de), 32
Histórico-evolutiva (visão), 45
Holding, 157, 162
Huis-Clos ("Entre quatro paredes"), 46, 131
Humor (senso de), 151

Ideal do ego, 91
Idealização, 17, 83
Identidade, 21, 83, 86, 91, 98, 150, 158
Identificações, 32, 82, 83, 85, 144
Ilusão grupal, 103, 136
Indicações (para grupoterapia), 66
Início (de um grupo), 70
Insight, 139
Instigador (papel), 87
Institucional (grupo), 59
Interação biopsicossocial, 9
Interpretação, 125
Intuição (capacidade de), 149
Inveja, 28, 88, 103, 134
Irmãos, 28

Jaques, Elliot, 47

Kaes, R., 49
Kemper, W., 49
Klein, M., 4, 10, 15, 48, 80, 109, 143, 161
Kohut, H., 11, 143

Lacan, J., 58, 143
Laing, R., 122
Laissez-faire (papel), 90
Lewin, K., 46
Liberman, D., 47
Lideranças, 88
Linguagem, 19
Livre associação de idéias (regra), 94
Luchina, I., 162
Luta x Fuga (S. B.), 90

Mãe (papéis da), 26
Mahler, M., 11, 143
Mania, 38
Maratona (grupo), 94
Martins, Cyro, 49
Matriz, 11
Mecanismos de ação terapêutica, 141
Mello Filho, Júlio, 162
Meyer, Luis, 161
Miller de Paiva, L., 49
Mitos familiares, 161
Modalidades (grupais), 55
Modelo de identificação, 150
Monopolista (paciente), 67, 75, 103
Moreno, J., 46, 61
Motivação (para tratamento), 66

Narcisismo, 22, 90, 103, 116, 150
Negação (formas de), 16, 122
Neuroses, 31
Neutralidade (regra de), 95
Nobre, Luiz Fernando, 161
Número (de particularidades e de sessões), 94

Obesos, 67
Obsessivo-compulsiva (neurose), 31
Ódio, 18, 134
Operativo (grupo), 3, 46, 57, 168
Oral (fase), 13
Osório, Luiz Carlos, 2, 66, 158, 160

Pai, 27
Pais (discurso dos), 21
Papéis, 86, 117, 134, 145, 161
Paranóides (pacientes), 33, 67, 122
Parte psicótica da personalidade, 37
Patologia (da interpretação), 127
Pensamento, 18
Perda do amor (ansiedade), 80
Pertencência, 53, 98
Pertinência, 53, 98
Perversão, 39
Piaget, J., 122
Pichon-Riviere, 46, 57, 90
Porta-voz (papel), 58, 87, 104
Primeira sessão, 70
Psicanalítica (teoria), 48, 60
Psicopatias, 38
Psicoses, 37
Psicossomáticos, 40, 162
Psicóticos (grupo com), 163
Púberes (grupo com), 10, 18
Pulsões, 10, 18

Racker, H., 114
Radar (papel), 87
Reação terapêutica negativa, 102
Reflexão (grupo de), 58, 168, 173
Regras técnicas, 94
Regressão, 13
Representações (no ego), 11
Repressão, 32
Requisitos (que caracterizam um grupo), 52
Resistência, 54, 95, 99, 117
Rezende de Lima, O., 49

Sabotador (papel de), 88, 102
Sartre, J. P., 46, 52, 131
Schilder, P., 49
Segredos, 102
Seleção (de pacientes), 65, 175
Separação (ansiedade de), 8, 16, 133
Serialidade, 52
Setting grupal (ver Enquadre)
Sexualidade, 14
Sigilo (regra do), 96, 135, 175
Silêncio (do paciente), 103, 123

do grupoterapeuta, 123
Síndromes clínicas, 30
Síntese (capacidade de), 131, 152
Sistêmica (teoria), 61, 87, 143, 161
Slavson, S. R., 49
Sociológica (corrente), 46
Superego, 16, 80
Supostos básicos (S. B.), 53, 89

Técnica (de interpretação), 130
Tempo (de duração), 94
Terapêuticos (grupos), 56
Transferência, 109, 111

Vestal (papel), 88
Viçosa, Geraldina, 2, 163

Walderedo Ismael de Oliveira, 49
Winnicott, D., 11, 49, 138, 143, 151, 159

Zimmermann, D., 49, 167

BIBLIOTECA ARTES MÉDICAS

Psicanálise, Psicologia, Psicopedagogia, Psiquiatria

TÍTULOS EDITADOS

* Aberastury, A.: *Adolescência*
* Aberastury, A.: *Psicanálise da Criança — Teoria e Técnica*
* Aberastury, A.: *A Percepção da Morte na Criança e Outros Escritos*
* Aberastury, A.: *A Criança e Seus Jogos*
* Aberastury & Knobel: *Adolescência Normal*
* Aberastury & Salas: *A Paternidade — Um Enfoque Psicanalítico*
* Ackerman, N.: *Diagnóstico e Tratamento das Relações Familiares*
* Aimard, Paule: *A Linguagem da Criança*
* Ajuriaguerra & Marcelli: *Manual de Psicopatologia Infantil*
* Ajuriaguerra, J.: *A Dislexia em Questão*
* Ajuriaguerra, J.: *A Escrita Infantil — Evolução e Dificuldade*
* Albuquerque, T. Lins: *Psicologia & Educação*
* Alencar, Eunice: *Psicologia da Criatividade*
* Alexander, Franz: *Medicina Psicossomática*
* Alliende & Condemarin: *A Leitura*
* Andolfi, Maurizio: *Por Trás da Máscara Familiar*
* Andolfi & Angelo: *Tempo e Mito em Psicoterapia Familiar*
* Anzieu, Didier: *A Auto-Análise de Freud e a Descoberta da Psicanálise*
* Aucouturier e colaboradores: *A Prática Psicomotora*
* Aucouturier & Lapierre: *Bruno — Psicomotricidade e Terapia*
* Balaban, Nancy: *O Início da Vida Escolar*
* Baranger, W.: *Posição e Objeto na Obra de Melanie Klein*
* Barbizet & Duizabo: *Neuropsicologia*
* Bellak & Small: *Psicoterapia de Emergência & Psicoterapia Breve*
* Bergeret: *Personalidade Normal e Patológica*
* Bergeret & Leblanc: *Toxicomanias*
* Bergès & Lézine: *Teste de Imitação de Gestos*
* Bettelheim & Zelan: *Psicanálise da Alfabetização*
* Bettelheim, Bruno: *Sobrevivência*
* Blanck, G. & R.: *Psicologia do Ego — Teoria e Prática*
* Bleger, José: *Psicologia da Conduta*
* Bleger, José: *Psico-Higiene e Psicologia Institucional*
* Bleichmar, Emilce: *O Feminismo Espontâneo da Histeria*
* Bleichmar, Hugo: *Depressão: Um Estudo Psicanalítico*
* Bleichmar, Hugo: *Introdução ao Estudo das Perversões*
* Bleichmar, Hugo: *Narcisismo*
* Bleichmar, Hugo: *Angústia e Fantasma*
* Blum, H.: *Psicologia Feminina*
* Bossuet, Gérard: *O Computador na Escola — O Sistema Logo*
* Bowlby, John: *Uma Base Segura*
* Brazelton: *A Dinâmica do Bebê*
* Brazelton, T.: *O Desenvolvimento do Apego*
* Brunnet, Lézine: *Desenvolvimento Psicológico da 1ª Infância*
* Bryant & Bradley: *Problemas de Leitura na Criança*
* Cabral, Lanza & Tejera — *Educar Vivendo — O Corpo e o Grupo na Escola*
* Calkins, Lucy: *A Arte de Ensinar a Escrever*
* Chasseguet-Smirgel, J. & Cols: *Sexualidade Feminina*
* Chasseguet-Smirgel, J.: *As Duas Árvores do Jardim*
* Chasseguet Smirgel: *Ética e Estética da Perversão*
* Castorina e Cols.: *Psicologia Genética*
* Chess & Hassibi: *Princípios e Prática da Psiquiatria Infantil*
* Chiland, Collete: *A Criança, a Família, a Escola*
* Clawson, A.: *Bender Infantil*
* Condemarin, Mabel: *Dislexia — Manual de Leitura Corretiva*
* Condemarin, Mabel: *A Escrita Criativa e Formal*
* Condemarin, Chadwick & Milicic: *Maturidade Escolar*
* Costa & Katz: *Dinâmica das Relações Conjugais*
* Craig, Robert: *Entrevista Clínica e Diagnóstica*
* Cunha, Freitas & Raimundo: *Psicodiagnóstico*
* Curtiss, Sandra: *A Alegria do Movimento na Pré-Escola*
* Debray, Rosine: *Bebês/Mães em Revolta*
* Dechert, Gérard: *Édipo em Grupo*
* Dejours, C.: *O Corpo entre a Biologia e a Psicanálise*
* Dewald, Paul: *Psicoterapia — Uma Abordagem Dinâmica*
* Di Léo: *A Interpretação do Desenho Infantil*
* Dolto, Françoise: *A Dificuldade de Viver*
* Duarte, Bornholdt & Castro: *A Prática da Psicoterapia Infantil*
* Eiguer, Alberto: *Um Divã para a Família*
* Eizirik: *Psicoterapia de Orientação Analítica*
* Eikaim, Mony & Cols.: *Formações e Práticas em Terapia Familiar*
* Enderle, Carmen: *Psicologia da Adolescência*
* Enderle, Carmen: *Psicologia do Desenvolvimento*
* Eschegoyen, Horácio: *Fundamentos da Técnica Psicanalítica*
* Fendrick, Silvia: *A Ficção das Origens*
* Fernandes, Alicia: *A Inteligência Aprisionada*
* Ferreiro & Palacio: *Novas Perspectivas Sobre os Processos de Leitura e Escrita*
* Ferreiro & Teberoski: *Psicogênese da Língua Escrita*
* Fogel & Cols.: *Psicologia Masculina*
* Gambaroff, Marina: *Utopia da Fidelidade*
* Garma, Angel: *A Psicanálise — Teoria, Clínica e Técnica*
* Gibello, Bernard: *A Criança com Distúrbios de Inteligência*
* Giovacchini, P.: *Roteiro à Leitura de Freud*
* Golbert, Clarissa: *A Evolução Psicolingüística e Suas Implicações na Alfabetização*
* Goldberg: *Descomplicando a Psiquiatria*
* Goodrich et al.: *Terapia Feminista da Família*
* Goodwin, Guze: *Diagnóstico da Doença Mental*
* Harari, Roberto: *Discorrer a Psicanálise*
* Herren & Herren: *A Estimulação Psicomotora Precoce*
* Hinshelwood: *Dicionário do Pensamento Kleiniano*
* Hornstein, L.: *Cura Psicanalítica e Sublimação*
* Horowitz, M.: *Introdução à Psicodinâmica*
* Jerusalinsky, A.: *Psicanálise do Autismo*
* Jerusalinsky, A.: *Psicanálise e Desenvolvimento Infantil*
* Jorm, A.F.: *A Psicologia das Dificuldades em Leitura e Ortografia*
* Kamii, Constance: *O Conhecimento Físico na Educação Pré-Escolar*
* Kamii & Devries: *A Teoria de Piaget e a Educação Pré-Escolar*
* Kaplan & Sadock: *Compêndio de Psiquiatria — 1990*
* Kephart, N.: *O Aluno de Aprendizagem Lenta*
* Kernberg: *Psicoterapia Psicodinâmica de Pacientes Borderline*
* Klaus & Klaus: *O Surpreendente Recém-Nascido*
* Klepsch & Logie: *Crianças Desenham e Comunicam*
* Kohut, Heinz: *Psicologia do Self e a Cultura Humana*
* Kohut, Heinz: *Como Cura a Psicanálise?*
* Koppitz, Elizabeth: *O Teste Gestáltico Bender para Crianças*
* Langer, Marie: *Maternidade e Sexo*
* Langs, Robert: *As Bases da Psicoterapia*
* Lapierre & Aucouturier: *A Simbologia do Movimento*
* Laplanche, Jean: *Vida e Morte em Psicanálise*
* Laplanche, Jean: *Teoria da Sedução Generalizada*
* Le Boulch, J.: *Rumo a Uma Ciência do Movimento Humano*
* Le Boulch, J.: *O Desenvolvimento Psicomotor (de 0 a 6 anos)*
* Le Boulch, J.: *A Educação Psicomotora*
* Lebovici & Diatkine: *O Significado e a Função do Brinquedo Infantil*
* Lebovici & Kestenberg: *A Evolução da Psicose Infantil*
* Lebovici & Mazet: *Autismo e Psicose na Criança*
* Lebovici, Serge: *O Bebê, a Mãe e o Psicanalista*
* Le Camus, Jean: *O Corpo em Discussão*
* Lemgruber, Vera: *Psicoterapia Breve — A Técnica Focal*
* Lerner, H.: *Mulheres em Terapia*
* Lidz, Theodore: *A Pessoa*
* Lovell, Kurt: *O Desenvolvimento de Conceitos Matemáticos e Científicos na Criança*
* Luria & Yudovich: *Linguagem e Desenvolvimento Intelectual na Criança*
* Luria, A.R.: *Pensamento e Linguagem*
* Mackinnon & Michels: *A Entrevista Psiquiátrica na Prática Diária*
* Mackinnon & Yudorfsky: *Avaliação Psiquiátrica na Prática Clínica*
* Mahler, Margaret: *As Psicoses Infantis e Outros Estudos*
* Mahler, Margaret: *O Processo de Separação-Individuação*
* Malan, David: *Psicoterapia Individual e a Ciência da Psicodinâmica*
* Malan, David: *As Fronteiras da Psicoterapia Breve — 2ª Ed.*
* Marcelli & Braconnier: *Manual de Psicopatologia do Adolescente*
* Martins, Cyro: *Perspectivas da Relação Médico-Paciente*
* Martins, Mario: *Epilepsias e Outros Estudos Psicanalíticos*
* Maudire, Paulette: *Exilados da Infância*
* Mayer, Hugo: *Histeria*
* Mayer, Hugo: *Voltar a Freud*
* Mazet & Stoleru: *Manual de Psicopatologia do Recém-Nascido*
* Mc Hugh: *Perspectivas da Psiquiatria*
* McDougall, J.: *Em Defesa de Uma Certa Anormalidade*
* McDougall, Joyce: *O Divã de Procusto*
* McGrath: *Política e Histeria*
* Mello F°, Julio: *O Ser e o Viver — Uma Visão da obra de WINNICOTT*
* Mery, Janine: *Pedagogia Curativa Escolar e Psicanálise*
* Minuchin, Salvador: *Família — Funcionamento & Tratamento*
* Minuchin & Fischman: *Técnicas de Terapia Familiar*
* Müller, Marina: *Orientação Vocacional*
* Nasio & Dolto: *A Criança do Espelho*
* Neil & Kniskern: *Da Psiquê ao Sistema — A Evolução da Terapia de Carl Whitaker*
* Olievenstein, C.: *A Clínica do Toxicômano*
* Osório & cols.: *Grupoterapia Hoje*
* Osório, L. C.: *Adolescente Hoje*
* Outeiral, J.: *Infância e Adolescência*
* Outeiral & Grafia: *Winnicott — Estudos*
* Pain, Sara: *Diagnóstico e Tratamento dos Problemas de Aprendizagem*
* Pain & Echeverria: *Psicopedagogia Operativa*
* Pain, Sara: *A Função da Ignorância — 2 vols.*
* Piaget, Jean: *O Possível e o Necessário — 2 vols.*
* Pincus & Dare: *Psicodinâmica da Família*
* Racker, Heinrich: *Estudos Sobre Técnica Psicanalítica*
* Ramos & Bertolote: *Alcoolismo Hoje, 2ª ed.*
* Rogers, Carl: *Liberdade de Aprender em Nossa Década*
* Rogers, Bowen & Santos: *Quando Fala o Coração — A Essência da Psicoterapia Centrada na Pessoa*
* Rubinstein e Cols.: *Psicopedagogia*
* Salas, Olga: *Feminilidade*
* Sandler, Joseph: *Da Segurança ao Superego*
* Sandler & Freud: *Técnica da Psicanálise Infantil*
* Sandler & Cols.: *Projeção, Identificação, Identificação Projetiva*
* Schatzberg & Cole: *Manual de Psicofarmacologia*
* Scoz: *Psicopedagogia*
* Sifneos: *Psicoterapia Dinâmica Breve*
* Smith, Andrew C.: *Esquizofrenia e Loucura*
* Smith, Frank: *Compreendendo a Leitura*
* Soifer, Raquel: *A Criança e a Tv*
* Soifer, Raquel: *Psiquiatria Infantil Operativa — 2 volumes*
* Soifer, Raquel: *Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério*
* Soifer, Raquel: *Psiquiatria Infantil Operativa*
* Stedeford: *Encarando a Morte*
* Steiner & Britton: *Complexo de Édipo Hoje*
* Talbott: *Tratado de Psiquiatria*
* Tustin, F.: *Barreiras Autistas em Pacientes Neuróticos*
* Vayer, P.: *O Equilíbrio Corporal*
* Vayer, P.: *A Criança Diante do Mundo*
* Vayer & Roncin: *A Criança e o Grupo*
* Vayer, Toulouse: *Linguagem Corporal*
* Vecchiato, Mauro: *Psicomotricidade Relacional e Terapia*
* Visca, Jorge: *Clínica Psicopedagógica*
* Vitor da Fonseca: *Educação Especial*
* Vitor da Fonseca: *Escola, Escola, Quem és Tu?*
* Vitor da Fonseca: *Da Filogênese à Ontogênese da Motricidade*
* Whitaker & Bumberry: *Dançando com a Família*
* Winnicott: *O Ambiente e os Processos de Maturação*
* Yavas, Hernandorena & Lamprecht: *Avaliação Fonológica da Criança*
* Zimmermann, D.: *Temas de Psiquiatria*
* Zimmermann, D.: *Relações da Psicanálise*

DAVID E. ZIMERMAN

FUNDAMENTOS BÁSICOS DAS GRUPOTERAPIAS

Este livro chega ao público no *timming* preciso e com qualidades suficientes para tornar-se o livro de cabeceira para todos aqueles que se dedicam às diversas modalidades de grupoterapia.

Livros para uma melhor qualidade de vida

ARTES MÉDICAS

Os fenômenos do campo grupal são nesta obra abordados com uma riqueza conceitual e uma simplicidade didática raramente encontradas na literatura especializada.